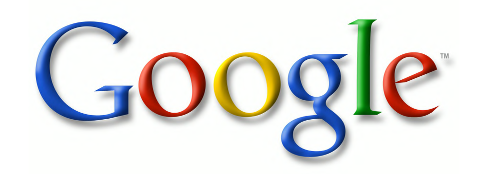


This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

**Usage guidelines**

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

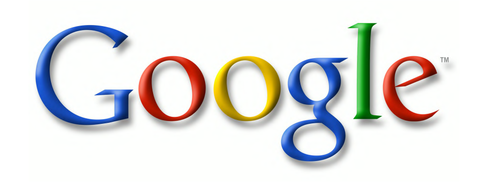
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

**About Google Book Search**

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at http://books.google.com/



**A propos de ce livre**

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

**Consignes d'utilisation**

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

+ *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.
+ *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.
+ *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.
+ *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

**À propos du service Google Recherche de Livres**

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse `http://books.google.com`

*A Monsieur le docteur Hahn*
*bibliothécaire en chef de*
*la Faculté de Médecine*
*de Paris,*
*Comme signe d'une profonde*
*Gratitude !*

*[illegible]*

RECHERCHES BIBLIOGRAPHIQUES

STATISTIQUES ET CLINIQUES

SUR LES

# MALADIES MENTALES

## D'ORIGINE TRAUMATIQUE


LANE
MEDICAL
LIBRARY
SEAL OF THE LELAND STANFORD JUNIOR UNIVERSITY
SEMPER VIRENS
1885
LEVI COOPER LANE FUND

A Monsieur le docteur Ha
bibliothécaire en chef de
la Faculté de Médecin
de Paris
Comme signe d'une prof
Gratitude :

RECHERCHES BIBLIOGRAPHIQUES

STATISTIQUES ET CLINIQUES

SUR LES

# MALADIES MENTALES

## D'ORIGINE TRAUMATIQUE

Dr Carl Johan BECHHOLM
DE LA FACULTÉ DE PARIS
CANDIDATUS MEDICINÆ DE L'UNIVERSITÉ DE CHRISTIANIA
ANCIEN INTERNE DE L'HOPITAL DE L'ÉTAT A CHRISTIANIA
MÉDECIN ADJOINT A L'ASILE DE BERGEN (NORVÈGE)

# RECHERCHES BIBLIOGRAPHIQUES
## STATISTIQUES ET CLINIQUES
SUR LES
# MALADIES MENTALES
## D'ORIGINE TRAUMATIQUE

PARIS
*H. JOUVE, ÉDITEUR*
15, RUE RACINE
1896

LANE LIBRARY




L361
B39
1896

A MES MAITRES FRANÇAIS

M. LE DOCTEUR JOFFROY

MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Professeur à la Faculté de médecine
Membre de l'Académie de médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

ET

M. LE DOCTEUR MAGNAN

Médecin en chef de l'asile de Saint Anne
Membre de l'Académie de médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

64778



*« Il ne faut jamais perdre de vue les causes qui ont préparé la folie et qui l'ont provoquée. »*

Esquirol.



RECHERCHES BIBLIOGRAPHIQUES

STATISTIQUES ET CLINIQUES

SUR LES

# MALADIES MENTALES

## D'ORIGINE TRAUMATIQUE

---

### AVANT-PROPOS

Comme médecin-adjoint à l'asile de Bergen (Norvège), nous avons obtenu, en 1893, un congé pour étudier, à l'étranger, les maladies mentales.

Le désir de connaître, d'une manière plus exacte, la médecine française, nous a conduit à obtenir un prolongement jusqu'à présent.

Que le ministre plénipotentiaire de Suède et Norvège : son Excellence Due ;

M. le Directeur général de l'hygiène publique du royaume de Norvège : le Docteur Holmboe ; et le président du Conseil municipal de Bergen : M. Claus Hansen,

médecin en chef, veuillent bien accepter, ici, notre sincère et vive reconnaissance pour la bonté qu'ils ont eue en nous favorisant l'occasion de poursuivre notre but : l'étude systématique, auprès des célèbres maîtres de l'école française.

Nous adressons nos meilleurs remerciements et l'expression de notre reconnaissance, à M. le professeur Joffroy, qui, pendant trois ans, nous a accueilli avec une cordialité quasi paternelle ; lorsque nous avons eu recours à ses lumières, pendant les leçons pratiques, professées avec une clarté et une richesse de détails que nous n'oublierons jamais.

Nous remercions, également, du plus profond de notre cœur, notre excellent maître, M. Magnan, médecin en chef à l'asile de Sainte-Anne, qui par ses livres sur les maladies mentales, nous a fait naître l'idée de venir à Paris, où nous avons profité d'une manière tout à fait exceptionnelle, de ses visites journalières et pratiques, de ses leçons, de ses cours et de ses avis personnels à l'asile de Sainte-Anne.

Que ces deux grands maîtres agréent l'expression de notre éternelle reconnaissance, en nous faisant l'honneur d'accepter la dédicace de notre thèse.

Nous devons un souvenir de profonde gratitude à M. le bibliothécaire en chef, de la Faculté de médecine, le docteur Hahn, pour les amabilités dont il nous a comblé, et qui sont bien connues des étrangers, avec lesquels il nous a été permis de profiter de la bibliothèque de la Faculté.

Nous remercions également le docteur Bertillon, chef





des travaux de la statistique municipale de Paris pour la facilité, avec laquelle il nous a permis de consulter les données statistiques scandinaves, se trouvant dans ses collections.

Nous avons pu, dans plusieurs circonstances, apprécier les bons avis, la sympathie, l'amitié solide et dévouée de MM. les chefs de clinique de Sainte-Anne: Pactet, Toulouse, Roubinovitch et les docteurs Boissier et Lachaux, anciens internes de Sainte-Anne, et nous sommes heureux de pouvoir leur présenter, ici, nos compliments sincères pour leur bonne confraternité.

Nous adressons nos vives félicitations aux médecins en chef des asiles norvégiens, les bons professeurs de nos débuts : MM. Lindboe, Platou, Jürgensen auxquels nous devons notre réussite ; ainsi qu'à MM. Selmer, médecin en chef, Holm, agrégé à l'Université de Christiania et le docteur Smitt de l'asile de Bergen pour le concours qu'ils nous ont apporté dans leurs observations distinguées ; nous félicitons également le docteur Langberg, à présent médecin en chef à l'asile de Bergen.

Nous remercions, particulièrement, M. Borel, ancien interne à l'asile de Rouen, pour le concours qu'il nous a prêté en vérifiant notre texte.

En un mot, nous remercions les personnalités scientifiques de France et de Norvège, qui par leurs bienveillances ont contribué, directement ou indirectement, à la persévérance de nos modestes travaux, sur les maladies mentales.

# CHAPITRE PREMIER

## HISTORIQUE.

### A. — *Les anciens auteurs.*

*Hippocrate* parle souvent de la mélancolie, de la manie, du *morbus sacer*, de la frénésie, du délire de l'insanie (1), et on peut même être porté à croire qu'il a entr'aperçu a paralysie générale quand on lit la phrase suivante : ceux qui bredouillent, dont la voix est changée et la langue est tremblante, sont quelquefois exposés à μανιη (2).

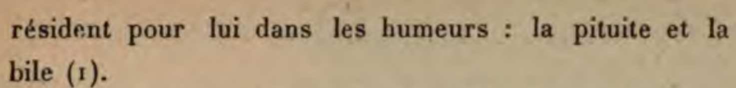
Dans ΠΕΡΙΤΩΝ ΚΕΦΑΛΗ ΤΡΩΜΑΤΩΝ il parle en détail des divers symptômes du « *trauma capitis* » — y compris la commotion — de l'indication de la trépanation et du pronostic (3) : *nullum capitis vulnus leviter comtemni debet.*

Quant aux causes qui peuvent léser le cerveau, elles

1. Trélat : *Recherches historiques sur la folie.* Paris, 1839.

2. Hippocrate : *Œuvres complètes.* Tome V. Traduction par Littré. Paris. 1841.

3. Hippocrate : *Pronostic de Cos par Mercy.* Paris 1815.





résident pour lui dans les humeurs : la pituite et la bile (1).

*Arétée de Cappadoce* (vers l'an 80), étudiant les causes de la perte du sentiment ou du mouvement, des mouvements involontaires, de la convulsion canine, de la dilatation ou de la contraction de la pupille, indique les suivantes comme étant les plus fréquentes, à savoir : « les blessures, les coups, les froids, les excès vénériens, l'abus du vin, les fortes impressions morales, la frayeur, le chagrin, les terreurs, quelquefois une grande joie inopinée » (2).

*Soranus* (vers l'an 95), voyez Cælius Aurelianus.

*Galien* (vers l'an 150) parlant de la contestation entre les philosophes discutant, pour savoir si la faculté de penser n'est que résidente en nous ou si le principe de cette faculté est une portion matérielle du corps, dit : « S'il est difficile de juger cette question, au moins est-il permis de dire par expérience que lorsque le trépan est mis en usage et que l'on comprime le cerveau, le malade perd à l'instant tout sentiment et tout mouvement. Si une inflammation se développe dans cet organe, on voit parfois ces mêmes accidents et constamment la lésion de la pensée (3).

« Ce délire peut suivre une brûlure à la tête : des coups à cette même partie peuvent amener le carus ou assoupissement. »

1. Cullerre. *Maladies mentales*. Paris, 1890, p. 2.
2. *De nervorum revolutione*.
3. Galenus. *Editione*, 1625. *Venetiis apud juntas*, vol. III.

Tout violent travail morbide dans le voisinage du cerveau peut causer du trouble dans l'exercice de la pensée (1).

*Cœlius Aurelianus* (vers l'an 230), traducteur de Soranus, dit que la manie est déterminée par des causes ignorées ou connues, parmi lesquelles se font souvent remarquer :

L'excès de table, l'ivresse répétée, les veilles prolongées, l'amour, la colère, le chagrin, la crainte, la superstition, les blessures à la tête, etc. (2).

### B. — *Auteurs de la Renaissance.*

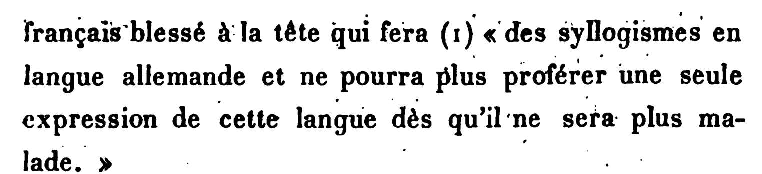
Après Galien vient une période de quatorze siècles de ténèbres au point de vue psychiatrique.

Les folies ne sont plus de maladies : elles sont provoquées par les démons (lâchés) qui font agiter les hommes.

Le livre de Calmeil (3) déroule devant nos yeux un tableau très triste de cette époque.

On ne sait pas s'il faut le prendre au sérieux ou non quand *Forestus*, pour prouver que Dieu quelquefois s'associe aux humeurs vicieuses, cite l'histoire d'un enfant

1. Trélat. *Op. cit.*, p. 43.
2. Cælius Aurelianus. *Celerum sive Acutorum passionum.* Lib. I, Paris, 1533.
3. *De la folie*. Paris, 1845.





français blessé à la tête qui fera (1) « des syllogismes en langue allemande et ne pourra plus proférer une seule expression de cette langue dès qu'il ne sera plus malade. »

Et on voit que ce n'était pas seulement le peuple qui était arriéré quand on lit ce qu'a écrit le célèbre

*Ambroise Paré*, le père de la chirurgie française : « les démons se forment tout subit en ce qu'il leur plaist, souvent on les void se transformer en serpents, crapauds, chatshuans, corbeaux, boucs, asnes, chiens, chats, loups, taureaux ; ils se transforment en hommes et aussi en anges de lumière ; ils hurlent la nuit et font bruit comme s'ils estaient enchaisnéz... » (2).

*Félix Plater* (*Observationes in hominis affectibus plerisque, corpori et animo functionum lasione.* Basiliæ, 1641), est le premier rayon d'un soleil levant. Il sait très bien que dans les affections du cerveau, appelé par lui : *mentis imbecillitas, hebetudo, tarditas, oblivio imprudentia,* c'est toujours le cerveau qui est malade. Les coups ou les chutes sur la tête, les blessures qui intéressent la partie antérieure du crâne, peuvent produire une diminution de l'intelligence, mais surtout un affaiblissement de la mémoire.

*Thomas Willis* (*Opera omnia.* Genève, 1680), le plus grand anatomiste et physiologiste du cerveau du XVII[e] siècle, dit : « Les coups appliqués sur la tête, les chutes qui

1. *De universis cerebri symptomatis morbis*, lib. X, obs. XIX.
2. Calmeil. *Op. cit.*, vol. I, 175.

ont lieu sur cette même partie portent souvent atteinte à l'exercice intellectuel » (1).

*Bonnet*, dans sa *Medicina doc. sepulchretum* (3 vol. Genève, 1701), donne beaucoup d'observations pleines d'intérêt au point de vue psychiatrique.

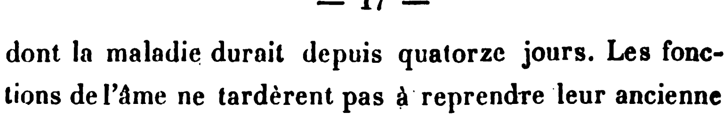
Entre autres, il parle d'un chevalier qui dans une bataille reçut un coup sur le crâne ; sa raison s'étant perdue il finit par tomber dans une sorte d'assoupissement habituel.

*Lieutaud* (2) cite parmi les maladies internes de la tête : la mélancolie, la manie, la frénésie, et parle des causes de ces maladies, mais il ne dit rien du traumatisme de la tête. Par contre il prétend « qu'on a vu des maniaques guéris par une chute avec fracture des os du crâne » (vol. I, page 228).

*Sauvage* (1) qui était un excellent nosologue indique un délire spécial qui saisit les gens de mer et est provoqué par le soleil sous la région tropicale. Il appelle ce délire la calenture. D'après lui les malades aperçoivent sur la surface des flots des ombres, des figures d'arbres, des feuilles qui les portent à se précipiter dans la mer.

D'après *Bartholin*, Sauvage raconte encore l'histoire de trois filles voyageant en voiture pendant un hiver rigoureux, la tête mal couverte et qui se trouvèrent tout à fait stupides en arrivant chez leurs parents. Bartholin fit couvrir avec des peaux de mouton la tête de ces filles

1. Calmeil. *Op. cit.*, vol. I, 398.
2. *Précis de la médecine pratique.* Paris, 1765, 2 vol.
3. *Nosologia methodica.* Paris, 1768, 2 vol.





dont la maladie durait depuis quatorze jours. Les fonctions de l'âme ne tardèrent pas à reprendre leur ancienne liberté.

*Cullen* (1), en parlant des causes les plus fréquentes de la frénésie, dit que l'exposition aux rayons directs d'un soleil très chaud est parmi les plus fréquentes.

*Daquin*, que Laehr (2) donne comme le précurseur de Pinel, divise les différentes aliénations mentales de la façon suivante :

1° Le fou furieux ou maniaque.

2° Le fou tranquille.

3° L'extravagant.

4° L'insensé, qui tient le milieu entre l'extravagant et l'imbécile.

5° Le fou imbécile et le crétin.

6° L'état de démence.

A la page 32 (3) il écrit : « il y a une infinité de causes qui déterminent ou qui produisent la folie. »

A la page 33 il ajoute : « parmi ces causes de la folie, il y en a de physiques et de morales. On doit mettre au nombre des causes physiques : la plupart des altérations organiques du cerveau produites par l'engorgement des fibres médullaires ou par leur compression quelconque; ou par trop de sécheresse et de rigidité, ou par trop de mollesse et de flaccidité.

1. *Eléments de la médecine pratique.* Traduit par Bosquelin. Paris, 1785.

2. *Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie*, 1883.

3. *La philosophie de la folie.* Chambery (1791), IIe édition, 1801.

Dans sa dernière observation (p. 283), il parle d'un homme qui est fou depuis plus de 40 ans et qui a une dépression très profonde au-dessus de l'oreille gauche; mais il n'indique pas de quelle manière elle a été produite.

*Haslam* divise les causes de la folie en physiques et morales. Parmi les premières se trouvent : les intoxications répétées, les coups sur la tête, la fièvre, traitement mercuriel prolongé, etc. (1).

Pour *Chrichton* il y en a deux sortes de causes physiques :

1° Celles qui en changeant les artères et les nerfs du cerveau produisent la manie et les délires fébriles;

2° Celles qui agissent en entravant la transmission des impressions nerveuses naturelles dans leur marche vers l'esprit et produisent l'hypochondrie et les délires chez les malades hystériques.

## C. — *Les auteurs du XIX[e] siècle.*

*a) Auteurs qui ont parlé d'une manière générale des folies traumatiques.*

*Pinel* (2), le père de la psychiatrie moderne, divise ainsi les causes des maladies mentales :

1. *Observations on Madness and Melancholie*, 2e édition. London, 1809, page 209.

2. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, 2e édition, Paris, 1809.





1° Aliénation originaire ou héréditaire;

2° Influence d'une institution vicieuse;

3° Irrégularités dans la manière de vivre;

4° Passions spasmodiques : la colère, la frayeur, la douleur;

5° Passions oppressives : le chagrin, la haine, la crainte, etc.;

6° Passions expansives : la joie, l'orgueil, l'amour;

7° Une constitution mélancolique;

8° Certaines causes physiques : l'habitude de l'ivresse, les couches, l'âge critique des femmes, les suites des diverses fièvres, *un coup violent porté sur la tête.* — Coparez, page 4, page 46, page 53.

*Amard* (1) parle très longuement des causes morales, mais indique comme la seule cause physique, les bois son alcooliques.

*Cox* (2) écrit: les causes occasionnelles et corporelles des maladies mentales sont aussi variées et nombreuses que les causes morales :

« Excès vénériens, *chaleur*, fièvre précédente, *lésions de la tête*, hémorrhagies profuses, couches prolongées et difficiles, tumeurs autour du cerveau. »

*Matthey* (3) divise les causes physiques en :

1° Suppression subite d'une évacuation naturelle ou artificielle;

1. *Traité analytique de la folie.* Lyon, 1807.

2. *Practical observations on insanity.* London, 1813.

3. *Recherches sur les maladies de l'esprit.* Genève et Paris, 1816.

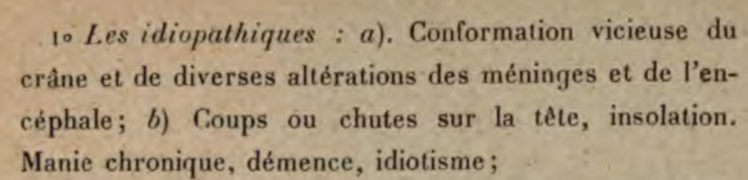
2° Rétrocession ou répercussion d'un exanthème, de l'érysipèle, des dartres, de la goutte, etc.;

3° *Coups et chutes sur la tête :* « Rappelons-nous que ces causes peuvent agir sur le cerveau, sans déterminer d'altération sensible dans son tissu; mais en y excitant seulement un ébranlement, une commotion, une modification tels, que le trouble de ses fonctions en est la conséquence, et donne lieu à l'apoplexie, à l'épilepsie, au délire, à l'imbécillité, suivant l'intensité ou la nature du choc, de la secousse et suivant la disposition des fibres cérébrales au moment même de l'accident; commotion qui modifie l'état actuel du cerveau, de la même manière (qu'on me passe une comparaison grossière, elle peut servir à jeter quelque jour sur cette matière obscure), qu'un coup de marteau frappé sur l'extrémité d'une barre de fer suspendue, modifie sur-le-champ, les propriétés de cette dernière, lui en donne une toute nouvelle, celle d'attirer les fers; cependant ses parties constituantes n'ont point souffert d'altération sensible (1). »

« Ainsi les coups sur la tête et en général toutes les causes connues, physiques ou morales, modifient le cerveau, changent ses rapports, ses communications, son action habituelle et naturelle, sans qu'il nous soit possible de découvrir en quoi consiste cette modification première (Obs. XXVII) (2).

D'après *Dubuisson* (3), les causes physiques peuvent être rapportées aux suivantes :

1. *Op. cit.*, p. 279.
2. *Op. cit.*, p. 280
3. *Des vésanies ou maladies mentales.* Paris, 1816.





1° *Les idiopathiques : a*). Conformation vicieuse du crâne et de diverses altérations des méninges et de l'encéphale; *b*) Coups ou chutes sur la tête, insolation. Manie chronique, démence, idiotisme;

2° *Les causes sympathiques :* mélancolie, hypocondrie, érotomanie, etc.;

3° *Les causes consécutives :* terminaison d'autres maladies : délires fébriles, apoplexie, paralysie, etc.

*Spurzheim* (1), en parlant des causes de la folie, dit (section IV, 3°): Des causes qui affectant seulement le corps produisent la folie (pages 115 et 116) : la vie sédentaire, l'habitude de l'ivrognerie, l'ardeur du soleil, les poisons, la sensibilité nerveuse... *Des chutes ou des coups sur la tête*, les désordres de la menstruation, la suppression des hémorrhoïdes, la grossesse, une couche difficile, etc., produisent aussi la folie. »

*Georget* (2) est le premier qui dise nettement que les folies sont des maladies du cerveau : « la folie est une affection du cerveau; elle est idiopathique, la nature de l'altération organique nous est inconnue (p. 74).

Quand il parle du traumatisme du crâne il est très réservé : « toute cause qui affecte la totalité du cerveau ne produit presque jamais la folie; ainsi les coups, les chutes, sur la tête, qui entraînent des commotions générales, des compressions par suite d'épanchements sanguins ou purulents, occasionnent des troubles très graves dans les fonctions de cet organe, des convulsions, de la paralysie,

1. *Observation sur la folie*. Paris et Londres, 1818.
2. *De la folie*, Paris, 1820.

un anéantissement presque complet de l'existence, et quelquefois du délire, en tout comparable à celui que nous regardons comme sympathique des maladies aiguës, délire qui prouve que la portion cérébrale qui sert à l'intelligence est affectée comme tout le reste. Mais à mesure que la compression cesse par la résorbtion ou l'évacuation des liquides épanchés, tous ces accidents cessent au moins en grande partie; il arrive seulement *quelquefois* que l'organisation a tellement souffert qu'elle ne revient qu'imparfaitement à son ancien état, d'où il s'ensuit un reste de paralysie, la perte ou l'affaiblissement d'une ou plusieurs facultés intellectuelles. L'apoplexie produit absolument les mêmes effets.

*Je n'ai pas vu, depuis que j'observe les aliénés, de manies, monomanies ou stupidités*, produites par ces causes; la démence seule en est quelquefois la suite (1).»

*Gall* (2) dit que le cerveau est exclusivement l'organe des instincts, des penchants, des sentiments, des talents, l'organe des qualités affectives morales et des facultés intellectuelles (3).

Il cite à l'appui de ses assertions diverses preuves, citons, entre autre, la onzième :

«Si au contraire le cerveau est comprimé, irrité, lésé ou détruit, les fonctions intellectuelles sont modifiées, dérangées en totalité ou en partie, ou même elles cessent tout à fait. L'homme qui éprouve ces accidents, s'endort,

1. *Op. cit.*, p. 158-159.
2. *Sur les fonctions du cerveau*, 6 vol., Paris, 1822.
3. Vol. 2, page 153.





devient insensible, stupide ou fou ; une inflammation cérébrale produit la frénésie ou la stupeur (1).

Il cite ensuite après Hildanus un cas de stupidité provoqué par une chute sur la tête (2).

Pour lui encore l'aéronaute Blanchard devint fou après une chute sur la tête (ce fut probablement de la paralysie générale) page 173.

A la page 174 il cite encore des accès périodiques de fureur.

Gall trouve dans les œuvres de Bœrhaave, Morgagni et Haller d'autres cas parmi lesquels plusieurs nous paraissent quelque peu légendaires.

*Bayle* (3) divise les causes prédisposantes physiques en:

1° Sexe ;
2° Age ;
3° Tempérament et constitution ;
4° Etat de l'intelligence et caractère ;
5° Professions.
6° Hérédité ;
7° Circumfusa ;
8° Applicata ;
9° Ingesta ;
10° Gesta ;
11° Excreta ;

1. *Op. cit.* vol, 2 page 171.
2. *Op. cit.*, vol. 2 p. 172.
3. *Traité des maladies du cerveau*. I. *Maladies mentales*. Paris, 1826.

Au sujet des « *circumfusa* » il dit : l'insolation, « qui est une cause si fréquente de l'inflammation aiguë de l'arachnoïde, peut rarement être comptée au nombre des causes prédisposantes de la méningite chronique. Nous ne l'avons vu que deux fois agir à la manière de ces causes c'est-à-dire en favorisant le développement de cette affection (1).

Au sujet des « *applicata* » il s'exprime ainsi :

« Les violences extérieures exercées sur la tête peuvent disposer à l'espèce d'aliénation mentale que nous décrivons, en imprimant au cerveau des commotions plus ou moins fortes, qui peuvent à leur tour déterminer des congestions sanguines dans les vaisseaux de la pie-mère.

Un architecte avait fait un grand nombre de chutes à des hauteurs considérables, et l'on avait remarqué après chacune d'elles un affaiblissement notable des facultés, qui se dissipait quelque temps après (2).

Première série : Observ. IX
Deuxième » : Observ. V
Troisième » : Observ. X et XV
Cinquième » : Observ. II et V
Septième » : Observ. VIII et XIII

Neumann et Chiarugie sont cités, pages 409-427.

*Calmeil* (3) attribue beaucoup d'importance aux lésions de la tête et en parle souvent dans ses observations XIII, XXIV, XXXV, XLV, XLIV et LIII.

1. *Op. cit.*, page 409.
2. *Op. cit.*, p. 410.
3. *De la paralysie chez les aliénés*. Paris, 1826.





Dans son observation VII, il dit formellement que le soldat dont il parle n'a jamais reçu une lésion de la tête.

*Voisin* (F.) (1) : « Mon but dans cet ouvrage est de démontrer que la folie est une affection idiopathique du cerveau et qu'elle tient à l'action de causes directes et immédiates sur cet organe (introduction, p. VII)... » Je cherche à prouver aussi que les causes physiques, telles que la suppression des règles, les suites des couches, le temps critique, qui ont été regardés par nos prédécesseurs comme les plus puissantes pour produire l'aliénation, n'occasionnent pas cette maladie (p. X).

Les causes de l'aliénation mentale sont d'après lui les suivantes :

Influence de l'éducation.
» des institutions politiques et religieuses.
» des mœurs.
» des professions.
» des âges et des sexes.

Dans sa deuxième observation, il parle d'une dame ayant une lourde hérédité qui, à 30 ans, reçut un coup sur la tête. Ensuite, elle eut des migraines cruelles et a beaucoup souffert de maux de tête inouïs.

*Knight* (2) croit n'avoir jamais vu une psychose qui n'ait son origine dans un désordre corporel (« *bodily disordre* »), et cependant il ne mentionne particulièrement aucun de ces désordres.

1. *Des causes morales et physiques des maladies mentales*. Paris, 1826.

2. *Observations on the causes, symptomes etc. of insanity*. London, 1827.

*Burrows* (1). Toutes les causes qui peuvent troubler la circulation ont pour lui beaucoup d'importance comme causes physiques. Quant au traumatisme il n'en parle qu'en passant, citant l'opinion de Bonnetus, Morgagni, Meckel, Littre, Greding et Bichat (page 60-62).

*Foville* (Achille père) (2) dit : « Des coups, des chutes sur la tête, l'exposition de cette partie à l'ardeur du soleil ont souvent déterminé l'aliénation. »

*Fodéré* (3) après avoir mentionné les différents médicaments dont l'abus peut produire des folies, continue en ces termes : « D'autres causes physiques plus permanentes n'occasionnent pas moins un état manifeste d'aliénation ; ce sont : des chutes, des coups sur la tête, des suites des couches, etc. » (page 43).

*Neville* (4) : « Parmi les maladies mentales provoquées par diverses lésions ayant atteint la tête et par l'insolation ou l'action du froid, l'idiotie est une des plus fréquentes.

*Ellis* (5) : « Une des causes les plus ordinaires des maladies mentales est un coup sur la tête ; il porte atteinte au cerveau, soit par compression, soit par ébranlement. Très souvent quand il n'y a pas fracture, et que la stupeur est la conséquence de l'ébranlement seul du

1. *On the causes etc. of insanity*. London, 1828.

2. *Dictionnaire de médecine et chirurgie pratique*. Paris, 1829. Art. *Aliénation mentale*. Tome I, page 484.

3. *Essai médico-légal sur de la folie vraie*. Strasbourg, 1832.

4. *On insanity, its nature, causes and cure*. London, 1836.

5. *A treatice on the nature symptomes, causes etc. of insanity*. London, 1838.





cerveau, les malades se rétablissent mais ils meurent ensuite ou deviennent aliénés par l'effet de l'irritation ou de l'inflammation du cerveau et de ses membranes, occasionnée par le coup. Ensuite quatre observations de manie et de mélancolie (pages 46-51). Puis il donne deux d'insolation : démence, guérison (page 52).

*Broussais* (1) : « Dans l'action des autres matériaux de l'hygiène ou dans les causes physiques nous ne voyons encore que l'excitation de divers organes. Nous placerons en tête celle du cerveau lui-même, relative aux applicata et à quelques maladies voisines de l'encéphale occasionnées par les plaies, les contusions de la tête, les commotions du cerveau, l'inflammation du cuir chevelu dans les cas d'érysipèle par cause interne, d'érythème par cause externe, d'insolation, de phlegmon des parotides, en un mot par tous les foyers d'inflammation qui avoisinent l'organe de la pensée parce que l'irritation peut facilement se propager jusqu'à lui (2ᵉ vol., page 337).

*Esquirol* dit dans le *Dictionnaire de science médicale* (2) : « Pour bien apprécier les causes différentes de la folie il faut les étudier d'abord dans le cerveau, puis dans les organes génitaux, ensuite dans les organes distinctifs et enfin à la peau. Les causes qui portent le plus directement leur action sur le cerveau sont les violences mécaniques exercées sur le crâne, les chutes sur cette partie du corps, l'insolation et le froid. »

Dans le livre « *Des maladies mentales* (3) (vol. 1,

1. *De l'irritation et de la folie*, 2 vol. Paris, 1839.
2. Paris, 1822. Vol. VII, page 508.
3. Paris, 1838, 2 vol.

page 68) » : Les chutes sur la tête même dès la première enfance prédisposent à la folie, et en sont quelquefois la cause excitante. Ces chutes ou les coups sur la tête, précèdent de plusieurs années l'explosion du délire.

Un enfant de trois ans fait une chute sur la tête ; depuis il se plaint de céphalalgie ; à la puberté le mal de tête augmente et la manie se déclare à l'âge de 17 ans.

Une dame rentrant d'une promenade à cheval, se heurte contre une porte, elle est renversée ; quelque mois après elle devient maniaque, est guérie après trois mois et meurt deux ans plus tard, à la suite d'une fièvre cérébrale.

*Rush* rapporte plusieurs faits analogues. Voyez encore : *1 vol* : pages 64, 253, 292, 308, 314, 333, 435, 451. 2° *vol.* : 144, 208, 235 et 236.

*Marc* (1) parle très longuement des causes de la folie, (pages 288-348, 1 vol), mais il ne mentionne ni les traumatismes, ni l'insolation ou le froid.

*Falret* (2) ne mentionne pas non plus les traumatismes comme cause de l'aliénation mentale.

*Griesinger* (3) insiste d'une manière tout à fait remarquable sur les traumatismes crâniens comme cause de la folie.

« Toutes les plaies graves de tête ont une influence considérable sur le développement de la folie, soit qu'il y

1. *De la folie*, 2 vol. Paris, 1840.

2. *Dictionnaire de médecine usuelle. Considérations générales sur les maladies mentales.* Paris, 1843.

3. *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten.* Stuttgart, 1845.

ait simplement commotion du cerveau, soit qu'elles s'accompagnent de fracture du crâne, d'épanchement sanguin ou de perte de substance cérébrale etc. Quand la blessure a été très violente on voit quelquefois apparaître dès le début et malgré le rétablissement physique du malade un ébranlement profond des facultés intellectuelles (démence, démence avec manie, etc.), dans d'autres cas au contraire, ce n'est que longtemps après la blessure : un an, deux ans, six ans, quelquefois même dix ans après que l'on voit éclater la maladie mentale. Dans quelques uns de ces cas il se fait de petits foyers purulents à marche chronique qui restent longtemps sans produire d'accidents, ou bien ce sont de petits kystes apoplectiformes ou une inflammation de la dure-mère et ce n'est que plus tard que ces points deviennent, sous l'influence d'une cause quelconque, le centre d'une inflammation qui se propage aux membranes ou à la substance cérébrale. D'autres fois il se forme lentement à la suite de ces blessure une exostose, une tumeur ou une carie des os du crâne qui amènent une hyperémie plus ou moins étendue ou l'exsudation de fausses membranes dans les méninges. Dans d'autres cas enfin on n'observe rien de semblable ; l'ébranlement que le cerveau a subi peut, sans qu'il y ait des lésions anatomiques, déterminer dans cet organe une susceptibilité morbide telle que sous l'influence des causes légères (une cause morale par exemple), et au bout de plusieurs années on voit tout à coup apparaître la folie » (page 136).

Page 138 : « Il faut encore signaler parmi les causes (assez rares cependant, de la folie, l'*insolation* qui agit

peut-être en déterminant une hyperémie considérable, et de l'œdème ?); peut-être aussi la folie est-elle due à la surexcitation nerveuse que l'exposition prolongée aux rayons d'un soleil ardent peut provoquer dans le cerveau. »

*Schneider* (1) donne un chapitre spécial (page 150-160) au sujet des symptômes psychiques postérieurs aux traumatismes crâniens. D'après lui ces symptômes seraient :

Céphalalgies périodiques, vertige, de l'épilepsie, perte de jugement, perte de mémoire, diminution des facultés intellectuelles, manie, mélancolie, démence et idiotie.

Comme auteurs il cite : Tulpius, Inglis, Antony, Besse-Lalande, Borellus, Meckel, Willis, Pitschell, Lush, Bigot, Acrel, Rees et Hufeland.

*Guislain* (2) : « Les coups, les chutes, les violences extérieures peuvent aussi occasionner des perturbations dans les fonctions frénétiques. Suivant un calcul fait à la retraite des Quakers elles s'élèveraient à 3 pour 100. Dans les relevés annuels que j'ai pris des cas admis dans ces établissements, je n'ai jamais atteint ce chiffre. Je pense qu'ici sur 300 cas il n'en est pas un qui puissse être attribué à des lésions externes » (3) (Tome second, page 84).

1. *Die Kopfverletzungen in medicinisch-gerichtlicher Hinsicht.* Stuttgart, 1848.

2. *Leçons orales sur les phrénopathies.* Gand, Bonn. Paris, 1852.

3. *Ueber die in Folge sich von Kapfvelertzungen sich entwickelnden psychischen Stoerungen. Zeitsch. d. Aertze zu Wien,* 1857, VII (454-487).






D. — *Les auteurs qui se sont occupés spécialement des folies d'origine traumatique.*

Il faut citer en première ligne :

*Schlager*, qui décrit 49 cas de folie consécutive aux traumatismes crâniens. Les divers modes de production de la lésion sont les suivants :

1° Coups : 11 (hommes);

2° Chutes d'un poids d'une hauteur ou par projection : 5 (hommes);

3° Chutes : 21 hommes, 5 femmes;

4° Pression atmosphérique. Effets de la foudre et explosion : 5 hommes.

Ce lieu de la lésion est pour 34 cas le sinciput et pour 15 l'occiput.

Les *symptômes immédiats* ont été :

*a.* — Perte complète de la connaissance : 21 cas.

*b.* — Etourdissement, confusion : 16 cas.

*c.* — Douleurs sourdes de la tête sans changements des fonctions psychiques : 6 cas.

Les *symptômes tardifs* ont été : Irascibilité, emportements, accès de colère, maussaderie. Accès de fureur et délires furibonds provoqués par l'alcool, même à de petites doses.

*Symptômes physiques :* Insomnie, indigestion.

Du côté de l'œil : hyperesthésie optique, photophobie, amblyopie, strabisme, scotomes, inégalité pupillaire.

Du côté de l'oreille : Dureté d'oreille, otorrhée.

Du côté du nez : sensations olfactives perverses.

Puis : aphasie temporaire, vomissements, parésie des extrémités inférieures, paralysie de la vessie, attaques épileptiformes :

Dans 19 cas la maladie mentale éclata avant 1 an.

4 — — après 4 ans rév.

31 cas se terminent en « *hyperphrenia maniacalis* »

19 cas » en « *hyperphrenia melancholica* »

Il résume son opinion en cinq paragraphes que voici :

§ 1. — Les chances de développement d'un trouble psychique postérieur à une lésion crânienne, sont augmentées par la perte de connaissance et l'amnésie consécutive à cette lésion ;

§ 2. — Plus l'individu est âgé plus les chances de développement de l'aliénation sont grandes ;

§ 3. — S'il n'y a pas de symptômes psychiques pendant les trois premières années après l'accident la probabilité d'une complication est très diminuée ;

§ 4. — On trouve de l' « hyperphrenesie » par irritabilité anormale du cerveau ou de l' « aphrénie », causée par l'augmentation de la pression cérébrale ;

§ 5. — Après un traumatisme crânien on voit très souvent la personnalité psychique changée :

« Métamorphose de la personnalité psychique ».

*Francis Skae* (1) a proposé le nom de « *folie traumatique* » pour toutes les maladies mentales d'origine traumatique ou provoquées par insolation se basant sur

1. *Edinbourgh Medical Journal*, 1866, p. 679.





10 observations : 6 cas de traumatisme, 4 d'insolation.

Voici ses six paragraphes.

§ 1. — La folie traumatique se caractérise au commencement par de l'excitation maniaque, variable quant à l'intensité et à la durée.

§ 2. — Après vient une période très souvent de plusieurs années dans laquelle le malade est irritable, méfiant et dangereux.

§ 3. — On a même vu dans cette période des impulsions d'homicides.

§ 4. — Les idées délirantes sont ici des sentiments exagérés de sa dignité, méfiance, et très rarement des idées mélancoliques.

§ 5. — La guérison est peu fréquente. La maladie a une tendance à se transformer en démence, et la mort survient par une lésion grave du cerveau.

§ 6. — Les symptômes, la marche et l'issue de la folie provoquée par des traumatismes crâniens et par insolation sont assez caractéristiques pour admettre une dénomination spéciale : « la folie traumatique ».

*Krafft-Ebing* (1) divise les maladies mentales d'origine traumatique en trois groupes :

1° Les cas où la maladie est la conséquence seule, directe et immédiate du traumatisme (5 observations);

2° Les cas où il n'y a pas de trouble psychique immédiat, mais un *stadium prodromorum* pendant lequel se produisent des bourdonnements d'oreille, de la photopsie,

1. *Ueber die duch Gehrirnerchütterungen und Kopfverletzungen hervorgerufenen psychischen Krankheiten*, Erlangen, 1868.

de la céphalalgie diffuse ou partielle, du vertige, des moments de confusion et de l'arrêt de la pensée.

Tous ces symptômes précédents montrent bien que la sensibilité seule est atteinte par des impressions anormales des sens, tandis que la vie psychique est peu ou point altérée ou seulement atteinte dans le caractère ou dans les sentiments (10 observations);

3° Dans le cas où le traumatisme n'a laissé qu'une prédisposition aux affections psychiques il faut qu'une cause occasionnelle intervienne pour déterminer la folie (9 observations.

### *Anatomie pathologique.*

Dans *le premier groupe* on trouve des altérations moléculaires du cerveau, des extravasations, des fractures de la lame vitrée qui peuvent causer une méningite ou une encéphalite aiguë. Et comme dernière complication il peut se produire une atrophie cérébrale.

Dans le deuxième groupe les processus anatomico-pathologiques sont plus variables : esquilles, contusions de la pie-mère et du cerveau, méningites chroniques de différentes formes, processus focaux encéphalitiques.

Dans d'autres cas le traumatisme provoque une prédisposition à la congestion, et celle-ci survient, soit spontanément, soit à la suite d'excès alcooliques, qui ensuite produisent des processus pathologiques dans le cerveau ou dans les méninges.





Quant au *troisième groupe* il croit qu'il s'agit d'une disposition anormale des éléments moléculaires, d'une tonicité diminuée des vaisseaux ou d'une innervation vasomotrice réduite.

Entre le traumatisme et l'invasion de la folie il y avait pour trois cas un espace de temps de plus de 20 ans.

Pour le troisième groupe les symptômes sont beaucoup plus variables que pour le premier et le deuxième.

*Koeppe* (1) a bien montré que chez les individus héréditaires qu'un traumatisme crânien même léger suffit pour provoquer la folie. Ce traumatisme joue seulement le rôle d'une cause occasionnelle en troublant *le sommeil, par des douleurs* ou en donnant une sensation d'inquiétude. Il cite sept observations et dans toutes il y avait de l'hérédité. On trouve des troubles vaso-moteurs qui atteignaient : le trijumeau, les rameaux anastomotiques de ce nerf, les nerfs occipitaux et le grand sous-occipital.

Les folies étaient de différentes formes : mélancolie avec tendance au suicide, épilepsie, folie de persécution, folie morale, exaltation et manie.

*Kahlbaum* (2) sous le nom de « céphalosie » a décrit les symptômes suivants provoqués par un traumatisme crânien, des inflammations cérébrales ou des tumeurs de cerveau : irritabilité, emportement jusqu'aux accès de fureur, dépravation sexuelle, peu de résistance aux boissons alcooliques, une très grande impressionnabilité,

1. *Kopfverletzungen als periphere Ursachen reflectirten Psychosen. Deutsche Archiv für klin medecine.*

2. *Deutsche Wochenschrift*, 1876, n° 23.

et souvent des maux de tête ou des vertiges. Quelquefois des accès furibonds avec des penchants à détruire et des attaques épileptiformes. La marche est d'habitude très lente, il faut plusieurs années, avant que la maladie n'éclate.

*Lasègue* (1) a proposé le nom de *cérébraux* pour quelques-uns des individus qui ont été sujets aux traumatismes crâniens. Il a observé chez eux des délires survenant par accès : instantanés, transitoires.

Par le traumatisme, la « virginité cérébrale » est perdue et après de longues années, on voit qu'une cause insignifiante fait éclater un délire par accès et qui emprunte soit au délire épileptique soit au délire maniaque, soit à toute autre quelques-uns de leurs caractères, mais à titre de complications et presque de compléments. Il donne l'alcoolisme comme la cause la plus fréquente de l'éclosion de ces délires (2).

*Huguenin* (3) divise les affections mentales produites par une *encéphalite traumatique* en :

1° Mélancolie, forme agitée, guérisable.

2° Une forme d'aliénation mentale suivant immédiatement le traumatisme et caractérisée par céphalalgie, vertige, angoisses, hallucinations et plus tard : arrêt de la pensée, accès d'excitation, inégalité pupillaire. Quelques cas sont guéris, d'autres se terminent par une démence

1. *Des délires instantanés, transitoires.* Congrès international de médecine, 1878.

2. *Des cérébraux. Etudes médicales.* Tome I, pages 567 à 584, Paris, 1884.

3. *Zimsens Handbuch*, XI, I, 753.





chronique, causée par une méningite chronique avec des affections corticales.

3° Une pseudo-paralysie générale avec évolution très lente : durant des mois et même des années.

4° Une vulnérabilité morale s'est produite : la manière dont le malade sent et pense est comme changée : il y a une hyperesthésie morale, un manque de persévérance dans ses pensées, une réaction morale exagérée contre de petites irritations. Il se trouve à la frontière de la santé et de la maladie :

Une cause occasionnelle insignifiante peut l'entraîner dans une maladie mentale.

5° Epilepsie traumatique.

*Wille* (1) après avoir mentionné les travaux de Flemming, Schlager et Skae sur les folies traumatiques, ajoute que depuis quelques années les auteurs anglais ou américains, Erichsen, Savory, Morgans, Hood et Bernhardt à Berlin ont attiré l'attention sur les accidents de chemin de fer comme provoquant des maladies nerveuses et mentales. Il cite quatre observations personnelles : une par accident de chemin de fer, deux par chute en état d'ivresse, une par chute à jeun.

Tous les quatre avaient de l'épistaxis, eurent en même temps une hémorrhagie de l'oreille gauche. Dans les trois cas suivait un état somnolent, puis tendance à la violence et des accès d'angoisses hallucinatoires. L'un était comateux. Pendant le rétablissement : céphalalgie, vertige, bourdonnement d'oreille, ouïe dure, insomnie, constipa-

1. *Archiv für Psychiatri* 1878, page 219.

tion, anorexie, troubles oculaires, amnésie pour toute la vie extérieure. Après quelques mois (3 ou 6) les trois malades se guérissent par l'application de compresses glacées et d'iodure de potassium.

Un ne se guérit pas, étant un héréditaire et un alcoolique.

*Azam* (1) a étudié les phénomènes pathologiques suivant d'ordre intellectuel qui sont produits par les traumatismes cérébraux : coma, hébétude, stupeur, délires, somnambulisme, hallucinations, troubles de la mémoire, aphasie, troubles du caractère et des sentiments, attention, volonté, raisonnement, et puis (2) troubles sensoriels et organiques et ceux de la motilité.

Il cite l'opinion des auteurs français suivants :

*Broca :* « Reconnaissait avec moi qu'il est probable que le choc ou la commotion amènent dans la substance cérébrale, une certaine altération, laquelle est l'origine de troubles fonctionnels; mais il ne pensait pas que les moyens dont la science dispose aujourd'hui, permettent d'apprécier cette altération. »

*Brown-Séquard* croit qu'il doit exister des altérations moléculaires dans un cerveau commotionné, mais l'étude microscopique de ces altérations ne donnerait que des résultats douteux, vu la délicatesse de la trame cérébrale et la longueur et la difficulté des préparations que nécessite son étude à l'instrument grossissant. »

*Verneuil :* « L'ébranlement de nos tissus ou de nos

1. *Archives générales de médecine*, 1881 (février).
2. *Arch. gén. de médecine*, 1890 (mai).






organes s'accompagnent de vibrations plus ou moins semblables à celles qu'on observe dans les corps inanimés.

Il faut avouer, du reste, que nous manquons pour apprécier ces changements, des procédés suffisamment délicats comparables à ceux dont se servent les physiciens. »

*Cornil* croit que « l'altération du cerveau ait plutôt son siège dans les capillaires qui, rompus par la commotion, donnent lieu à des hémorrhagies minuscules dont on aperçoit les principaux foyers à l'œil nu sous la forme de piqueté dans les coupes qu'on fait du cerveau. »

Les belles expériences de M. *Duret* paraissent conduire à une conclusion analogue. Il n'est pas, en effet, douteux que les capillaires ne jouent un rôle important dans les phénomènes qui nous occupent; mais le jouent-ils seuls? là est la question.

*Legrand du Saulle,* sans être affirmatif au sujet de cette cause de folie, croit pouvoir cependant déduire de sa grande pratique que la folie suicide est plus particulièrement la conséquence des traumatismes cérébraux. Le traumatisme peut provoquer une apparition prématurée de la démence sénile.

*Blanche* croit qu'un certain nombre de folies ont leur origine dans les traumatismes cérébraux et que ces folies affectent plus particulièrement le caractère du délire des persécutions.

Pour *Baillarger* et *Lunier*, l'étiologie traumatique des maladies des facultés intellectuelles ne saurait être mise en doute, particulièrement pour l'épilepsie et pour la pa-

ralysie générale. Quant aux vésanies proprement dites, ces aliénistes éminents sont moins affirmatifs.

*Morel*, après avoir cité Griesinger, insiste sur ces faits que « les troubles cérébraux se manifestent le plus souvent très longtemps après l'accident », et il termine par cette phrase significative : « Le nombre de ces faits serait plus considérable, si les tendances scientifiques de notre époque n'avaient pas accordé aux causes dites morales une trop grande prédominance dans la pathogénie des maladies mentales ».

L'auteur lui-même croit que la circulation cérébrale joue un rôle considérable dans les troubles intellectuels d'origine traumatique.

Il demande si les cérébraux de Lasègue ne peuvent pas être rapprochés des qualifications de tuberculeux, de rhumatisants ou de syphilitiques. »

*Moeli* (1) a communiqué quatre cas de folies traumatiques consécutives aux accidents de chemin de fer. Tous ces cas avaient une forme dépressive, le traumatisme était insignifiant, mais l'auteur croit que la frayeur, au moment de l'accident, avait beaucoup plus d'importance que le traumatisme lui-même.

*Kiernan* (2) cite 45 observations personnelles. Il les groupe de la manière suivante :

A. — *Produite par une lésion grave.*

1° Démence épileptique (10 cas);

1. *Ueber psychich. Stoerungen nach Eisenbahnunfallen. Berliner klin. Wochenschrift.*, 1881, n° 6.

2. *Psychoses from traumatism. Journal of Mental and Nervous* diseases., 1881. July.





2° Manie épileptique terminée par paralysie (12 cas);

3° Manie chronique avec délire mélancolique terminée par de la paralysie générale (10 cas);

4° Manie aiguë (2 cas);

5° Manie aiguë terminée par paralysie (2 cas).

6° Mélancolie avec stupeurs;

B. — *Produite par une lésion insignifiante.*

7° Manie chronique avec délire mélancolique (8 cas).

Dans les cas de démence épileptique, le traumatisme s'étant produit de l'âge de 20 à 35 ans.

Dans les cas de manie épileptique de l'âge de 20 à 35 ans.

*Conclusions.* — La plupart des folies traumatiques ont une tendance à se terminer dans une forme paralytique.

On trouve rarement une hérédité chargée parmi les cas de manie chronique avec délire mélancolique.

Un traumatisme crânien se produisant avant l'âge de 40 ans est plus fâcheux au point de vue du pronostic qu'après 40 ans.

Les traumatismes légers sont à marche insidieuse et leur résultat peut être pire que celui des lésions graves.

On voit quelquefois des délires systématisés provoqués par un traumatisme crânien.

*Schüller* (1) cite 47 cas de folies traumatiques. Il les divise de la manière suivante :

1° La lésion intellectuelle suit immédiatement le traumatisme;

1. *Psychosen nach Kopfverletzungen.* Leipzig, 1882.

2° La lésion intellectuelle ne suit pas immédiatement.

*a.* — Après le traumatisme on observe un changement dans les sensations, dans le caractère et la sensibilité (22 cas).

*b.* — Il n'y a pas de symptômes maladifs proprement dits, mais une impressionnabilité exagérée. Une cause occasionnelle peut faire éclater la maladie (14 cas).

*c.* — Les cas douteux où il a encore une cause : hérédité, alcoolisme, frayeur (7 cas).

Les formes différentes étaient :

| | | |
|---|---|---|
| Manie | 18 hommes. . . | 1 femme |
| Mélancolie | 3 » | 1 » |
| Délire chronique | 5 » | 6 » |
| Démence | 2 » | » » |
| Paralysie générale | 10 » | 1 » |
| Total : | 38 | 9 |

*Dony* (1), après avoir donné un résumé historique, mentionne spécialement deux formes : *la manie congestive*, qui suit immédiatement l'accident et *la paralysie générale*, qui se manifeste, très souvent, un certain temps après l'insolation.

Dans la plupart des cas (8 observations) il n'y a pas de tendance à la guérison. Mais le plus souvent une marche assez rapide vers la démence. Pour affirmer cette opinion il cite Skae, Christie, Dumas, Goyau, Gubler, Esquirol.

1. *De la folie consécutive à l'insolation*. Thèse de Paris, 1883.





*Hartmann* (1) : Traite de 138 cas dont 53 personnels. Il groupe les folies traumatiques en :

A. — *Folies traumatiques primaires* (11 cas), immédiatement après l'accident.

B. — *Folies traumatiques secondaires*, qu'il divise en :

1° *Démence intellectuelle* « Psychische svachsin » (19 cas), commencée dans l'enfance très souvent avec tendance de vagabondage (hérédité chargée).

2° *Mélancolie* (8 cas), mêlée avec un peu de démence, accès de fureur, délires démoniaques et hypochondriaques.

3° *Etats d'exaltation* (9 cas) presque tous sont des maniaques avec des idées mégalomanes, irritabilité, manque de résistance contre l'alcool.

4° *Folies épileptiques* (7 cas).

5° *Folies par réflexe* (3 cas).

*Résumé.* — Le pronostic pour les folies primaires et les folies par réflexe est relativement bon. Les symptômes immédiats d'une commotion cérébrale indiquent le danger d'une affection mentale suivante.

Après avoir donné le résultat de 28 autopsies il continue : signes caractéristiques au point de vue anatomo-pathologique n'existent pas. Dans quelques cas on a trouvé des fractures du crâne, impressions d'os, extravasation sanguines, ruptures de vaisseaux, processus méningitiques et encéphalitiques diffus ou circonscrits, atrophie et sclérose.

1. *Ueber Geistesstoerungen nach Kopfverletzungen. Archiv. für Psychiatrie*, 1884, p. 98.

Bien qu'on ne trouve quelquefois aucune lésion d'origine traumatique il ne faut pas en conclure que la folie n'a pas eu cette origine.

*Guder* (1) indique un index bibliographique très détaillé sur ce sujet. Ses relevés statistiques sont aussi très étendus et il parle très en détail des folies traumatiques au point de vue légal. Il suit la manière dont Krafft-Ebing a divisé les folies traumatiques, mais divise les folies primaires en quatre groupes :

1° Etats d'excitations qui se terminent par des accès maniaques;

2° Etats de dépression qui sont suivis par des changements de l'humeur, de la manière d'être, de l'angoisse, de la mélancolie ;

3° Hystérie ;

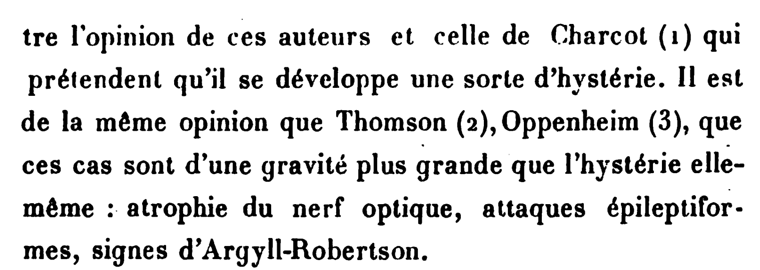
4° Epilepsie.

Il prétend que la plupart des malades de cette catégorie sont des héréditaires et que le traumatisme joue seulement un rôle d'une cause occasionnelle, c'est plutôt la frayeur au moment de l'accident que le traumatisme lui-même qui est la cause essentielle.

Où le traumatisme agit mécaniquement il prétend que les facultés intellectuelles et la mémoire y sont plus fortement attaquées.

En parlant des troubles intellectuels provoqués par des accidents de chemin de fer, Railway Spine et Railway Brain de Putnam, Walton et Page, il ne veut pas admet-

1. *Die Geistesstoerungen nach kopfverletzungen*, Iéna, 1886.





tre l'opinion de ces auteurs et celle de Charcot (1) qui prétendent qu'il se développe une sorte d'hystérie. Il est de la même opinion que Thomson (2), Oppenheim (3), que ces cas sont d'une gravité plus grande que l'hystérie elle-même : atrophie du nerf optique, attaques épileptiformes, signes d'Argyll-Robertson.

*Van Deventer* (4) communique quinze observations personnelles et ajoute des remarques très intéressantes. Il accentue que le traumatisme quelquefois joue un rôle comme cause morale. Chez des épileptiques il a vu qu'on a confondu la cause et l'effet : le malade a reçu un traumatisme crânien parce qu'il était déjà épileptique. Les criminels ont aussi très souvent des cicatrices crâniennes ; leur genre de vie les y exposent, il ne faut pas tout de suite faire le diagnostic « folie morale ».

A l'autopsie on a trouvé quelquefois une méningite tuberculeuse alors qu'on a prétendu que la maladie était causée par un traumatisme.

Il cite deux cas où de grands poids portés sur la tête ont produit épilepsie avec accès de manie transitoire.

Il prétend toujours avoir trouvé par examen microscopique des altérations diffuses dans le cerveau ou dans les méninges, même lorsqu'il lui était impossible d'apercevoir des signes d'une altération locale. La circulation cérébrale est mise dans un état d'équilibre instable par des altérations moléculaires.

1. *Progrès médical*, 1885, in-18.
2. *Archiv. für psychiatrie*, 1884, 656.
3. *Arch. f. Psych.*, 1885, 743.
4. *Psychiatrische Bladien Del V. Utrecht*, 1887, page 11-92.

*Vibert* (1) divise les différents troubles produits par les accidents de chemin de fer en :

1° Troubles de la santé générale sans relation directe avec les blessures (2 observations);

2° Lésions et troubles fonctionnels des poumons (3 observations);

3° Lésions et troubles fonctionnels de l'estomac (2 observations);

4° Troubles de la santé générale, la sensibilité générale et de la motilité.

5° Troubles fonctionnels de la moëlle épinière (1 obs.) ;

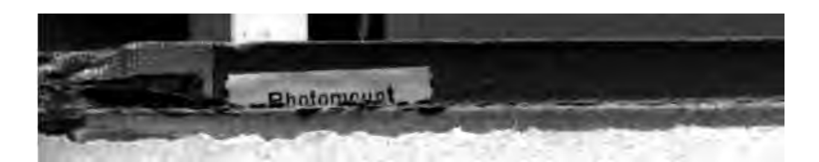
6° Troubles cérébraux (9 cas).

Dans les neuf derniers cas, on note un état de dépression très caractéristique et pouvant aller jusqu'au suicide. Dans un cas on remarque des maux de tête, vertige, diminution de la mémoire, insomnie ou un sommeil agité, changement du caractère, l'intelligence engourdie. Fonctions génitales diminuées.

*Christian* (2) est le premier en France qui a bien établi la grande importance des traumatismes crâniens pour les maladies mentales. En adoptant la théorie de M. Duret, il divise les symptômes cérébraux en trois groupes :

1° *Symptômes primaires :* douleurs, troubles visuels et auditifs, hémiplégies et monoplégies passagères, convulsions, étourdissements et coma. Quelquefois amnésie. Il croit que dans la plupart des cas l'émotion ne joue aucun rôle ;

1. *Accidents de chemin de fer*. Paris, 1888. *Etude médico-légale.*
2. *Archives de neurologie*, 1889, n°s 52 et 53.





2° *Les accidents secondaires* sont dépendants des inflammations qui suivent le traumatisme : la méningite, encéphalite, les abcès cérébraux, quelquefois accompagnés de délires ;

3° *Les accidents tertiaires* sont ceux qui surviennent après un temps souvent fort long, chez les individus qui ont eu à un moment donné les accidents primitifs ou secondaires et qui en ont paru définitivement guéris. Ces accidents tertiaires se manifestent principalement sous la forme de troubles cérébraux chroniques et appartiennent à la même série pathologique que les autres.

Pour l'auteur il n'y a pas de forme spéciale de la folie traumatique mais le traumatisme peut donner lieu à des folies de formes diverses.

Tantôt le traumatisme intervient comme cause prédisposante, tantôt comme cause déterminante. Si, à la suite d'un coup à la tête, nous voyions toujours survenir les mêmes altérations de l'encéphale, le même processus morbide, on comprendrait qu'il se produisit toujours la même affection mentale. Mais en réalité, rien n'est variable comme l'action du choc traumatique, comme ces résultats prochains. Il n'est même pas possible de savoir exactement quelle est la partie de l'encéphale définitivement atteinte. Du point externe directement atteint, l'ébranlement se transmet à toute la masse cérébrale et qui pourrait dire où aboutit la résultante finale ?

La démence provoquée par un traumatisme crânien a très souvent quelque chose de spécial, et s'il me fallait trouver un diagnostic plus précis, je crois que je m'arrê-

terais à celui d' « *encéphalite chronique de cause traumatique.* »

Parmi les 100 cas que l'auteur a recueillis à Maréville et Charenton il a trouvé les formes différentes :

| | |
|---|---|
| Folie | 29 cas |
| Paralysie générale | 43 » |
| Démence | 16 » |
| Epilepsie | 12 » |

Quant à l'âge auquel a eu lieu l'accident il a trouvé :

| | |
|---|---|
| Première enfance | 5 fois |
| Enfance | 20 » |
| Adolescence | 4 » |
| Age adulte | 71 » |

Le temps écoulé entre l'accident et la maladie a varié de la manière suivante :

| | | |
|---|---|---|
| 1 à 5 ans | pour | 54 cas |
| 5 à 10 » | » | 21 » |
| 10 à 20 » | » | 11 » |
| 20 à 30 » | » | 7 » |
| Plus de 30 » | » | 7 » |

*Hyslop* (1), d'après Morache, adopte la différence entre le coup de soleil et le coup de chaleur.

Il croit que la syphilis et l'alcoolisme très souvent ont

1. *Sunstroke and insanity. Journal of mental science*, 1890, p. 494.

Photomount



prédisposé un cerveau où l'insolation agit comme cause accidentelle.

Dans l'enfance l'insolation peut produire de l'idiotie lorsque l'individu est un héréditaire.

Les différentes formes d'aliénation peuvent être produites par l'insolation comme par les traumatismes.

Epilepsie très souvent, la démence est plus rare après l'insolation qu'après le traumatisme.

Parmi les soldats anglais aux Indes on a vu une pseudo-paralysie-générale se développer après des coups de soleil.

La céphalalgie périodique ou continuelle se voit comme symptôme initial probablement à cause de la méningite chronique qui se développe.

*Dubuisson* (1) : Sur 132 cas de folies d'origine traumatique il a trouvé les différentes formes de maladies mentales :

| | | |
|---|---|---|
| Manie. . . . . . . . . . . . . | 25 | fois |
| Lypemanie. . . . . . . . . . | 16 | » |
| Epilepsie. . . . . . . . . . . | 32 | » |
| Paralysie générale. . . . . . | 44 | » |
| Démence. . . . . . . . . . . | 15 | » |

Et malgré cela il n'a pas tenu compte des coups ni des chutes survenant dans la première enfance. Comme symptômes immédiats observés presque toujours il a remarqué la perte de connaissance, souvent aussi de l'amnésie. Les douleurs de tête localisées au point contusionné,

1. Congrès de médecine mentale. Rouen, 1890.



LANE LIBRARY

les troubles de la mémoire, sont des signes qui, après une chute, doivent faire craindre des complications mentales.

Pour établir sûrement une relation de cause à effet entre le traumatisme et la folie, il lui paraît nécessaire que des symptômes cérébraux se soient produits au moment de l'accident et que dans l'intervalle qui sépare la chute ou le coup de l'aliénation confirmée, il y ait eu une modification dans l'état mental du malade, ou un symptôme physique, comme la céphalalgie, des troubles de la motilité, de la sensibilité des organes des sens.

Il faut en outre qu'il n'existe pas d'autre cause morbide pouvant produire à elle seule l'aliénation : comme l'alcoolisme ou l'hérédité par exemple. Le traumatisme ne peut, dans ces derniers cas, être considéré que comme une cause adjuvante.

Les enfants nés après un traumatisme cérébral grave peuvent hériter d'une tare névropathique.

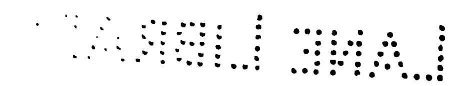
Les folies traumatiques, dont le début est précoce, ont un pronostic beaucoup moins grave que celles qui débutent à une époque tardive. Les dernières sont presque toujours incurables.

*Frigerio* (1) a observé 30 cas de folies traumatiques. Ses conclusions sont les suivantes :

1° Un traumatisme peut bien être la seule cause d'une folie ; dans d'autres cas il joue seulement le rôle d'une cause occasionnelle. La plupart sont des folies épileptiques ;

2° Quelquefois il se développe chez des individus at-

1. *L'anomal.* 1892. *La psicosi da causa traumatica.*







teints d'un traumatisme crânien, un changement mauvais du caractère, une sorte de folie morale (*insania moralis*) ;

3o Les effets d'un traumatisme peuvent suivre immédiatement ou se développer après un laps de temps plus ou moins long ;

4o Les symptômes les plus prédominants sont : tendance au suicide, délire de persécution, des hallucinations, des convulsions, de la maussaderie ;

5o La marche est très lente comme règle, pas plus de deux ans depuis le commencement de la maladie jusqu'à son explosion et elle reste dans beaucoup de cas stationnaire ;

6o Le pronostic est presque toujours mauvais ; rarement une issue favorable;

L'hérédité et d'autres états jouent un grand rôle pour le pronostic ;

7o L'intervention chirurgicale est rarement utile parce qu'elle est comme règle appliquée en général trop tard ;

8o On ne peut pas établir une forme spéciale de la « folie traumatique ».

*Mickle* (1) ne traite pas seulement les lésions traumatiques du crâne mais aussi celles de tout le système nerveux. Il ne compte pas l'insolation comme lésion traumatique ; prétend qu'un traumatisme de la région occipitale est le plus dangereux.

Une lésion cérébrale provoque plus facilement un trouble d'intelligence dans les pays civilisés que chez les sauvages.

1. Brain, 1892. *The traumatic factor in mental disease.*

Le pronostic est aggravé par : alcoolisme, syphilis, excès vénériens, excès narcotiques, la chaleur, surmenage intellectuel.

L'épilepsie ou les états convulsifs complicants créent un pronostic mauvais.

Il divise les psychoses traumatiques en quatre groupes :

1° *Neuroses traumatiques :* neurasthénie et hystérie;

2° *Psycho-neuroses* :

*a*) Automatisme mental ;

*b*) Folie avec stupeur ;

*c*) Folie hallucinatoire aiguë et subaiguë ;

*d*) Mélancolie ou états mélancoliques ;

3° *Dégénérescence hérédito-traumatique* (Paranoia);

4° *Démence traumatique* (trè uvent incurable) : états épileptoïdes, paralysie générale, lésions cérébrales focales, démence, origine organique.

*Jacobson* (1) a recueilli dix-sept observations de l'hôpital municipal de Copenhague.

Il s'approche beaucoup de l'opinion de Skae ; mais il croit que la plupart appartiennent à la confusion mentale aiguë (*Akut fovirring amentia*) òu à la démence chronique.

Il cite aussi des observations de folies transitoires (alcooliques et épileptiques).

De trois cas de paralysie générale, les deux premiers taient précédés de syphilis et le troisième n'est pas non lus un cas inattaquablement pur.

1. *Traumatiske Psychoser. Nordisk med. arkiv.*, 1893.



## CHAPITRE II

### STATISTIQUES

De ce qui précède il découle que les causes étiologiques dont s'occupe cette thèse ont pour les différents auteurs une valeur très discutable. Par conséquent il ne faut pas être étonné si les données statistiques sont aussi très divergentes.

*Parchappe* (1) sur 11166 cas des deux sexes indique :

traumatismes crâniens. . 156 fois
insolations . . . . . . . . . 57 »
= 1. 9 0/0.

*Aubanel et Thore* (2), sur 1183 cas (hommes) :

traumatismes . 27 fois
= 2. 3 0/0.

*Moreau des Jannès* (3), sur 10111 cas (deux sexes) :

traumatismes. . 154 fois
= 1. 5 0/0

1. *Recherches statistiques sur les causes de l'aliénation mentale*. Rouen, 1839.

2. *Recherches statistiques faites à l'Hospice de Bicêtre*, 1841.

3. *Statistiques des causes de l'aliénation mentale de France*. Paris, 1843.

*Zeller* (1), sur 646 cas { 396 hommes. . 15 h.
251 femmes. . 7 »

22 traumat. crân.

= 3. 3 0/0 { 3. 8 0/0 h.
2. 7 0/0 f.

*Dagonet* (2), sur 810 cas (deux sexes) . . 6 cas.

= 0. 7 0/0.

*Krafft Ebing* (3) sur 4062 cas (deux sexes) 55 non douteux et 94 (avec les cas douteux).

= 1. 3 0/0 non douteux
2. 3 0/0 cas douteux inclus.

*Landerer* (4), sur 2420 cas (deux sexes) 85

= 3. 5 0/0.

*Schüller* (5), sur 2566 cas { 1296 h. . . . . . . . . . . 68
1268 f. . . . . . . . . . . . 36

= 5 0/0 { 6. 8 h.
2. 8 f.

*Guder* (6), sur 6442 (deux sexes) . . . . . . . . . . . . . 179

= 2. 6 0/0

*Sandberg* (7), sur 3013 { 1674 h. traum. et insol. 47 h.
1339 f. 11 f.

= 1.6 0/0 { 2.8 0/0 h.
0.8 0/0 f.

1. *Allg. Zeitschrift für Psychiatri* (B. I.) page 79. 1844.
2. *Schmidts Jahrbücher*, 94, page 91.
3. *Op. cit.*
4. *Von Bergman. Die Hirnverletzungen.*
5. *Op. cit.*
6. *Op. cit.*
7. *Generalberetninger fra Gaustad asyl*, 1856-1871.

*Kiernan* (1), sur 2200 (deux sexes) traumatisme. . 45 cas.
= 2.05 0/0.

*Kaes* (2), sur 9148 cas { 4970 h. . . . . . . . . . . . 181 h.
4178 f . . . . . . . . . . . 42 f.

= 2.4 0/0 { 3.6 0/0 h.
1.04 0/0 f.

*Dubuisson* (3), sur environ 6000 cas (hommes) . . . . 132
= 2.2 0/0

*Berner* (4), sur 858 cas { 458 h. . . . . . . . . . . . 19 h.
400 f . . . . . . . . . . . 10 f.

= 3.1 0/0 { 4.1 0/0 h.
2.5 0/0 f.

*Hyslap* (5), sur 1949 cas (hommes). . . 49 cas d'insolation.
= 2.6 0/0

*Frigerio* (6), sur 2583 cas (deux sexes) 28 fois
= 1. 08 0/0.

*Données statistiques anglaises* (7), sur 43922 aliénés admis dans les asiles anglais pendant 1883, 1884 et 1885 :

| | | |
|---|---|---|
| Traumatismes | Asiles privés : 2. 3 0/0 | 3. 5 0/0 h.<br>1. 1 0/0 f. |
| | Asiles publics : 3. 27 0/0 | 5. 8 0/0 h.<br>0. 87 0/0 f. |

1. *Journal of mental and Nervous Diseases*, 1881, page 447.
2. *All. Zeitschrift für Psychiatrie*, 1893, p. 614.
3. *Op. cit.*
4. *Norsk Magazin for Lægevidenskab*, 1881.
5. *Op. cit.*
6. *Op. cit.*
7. *Journal of mental Science*, janv. 1884, janv. 1885, janv. 1886.

Insolation { Asiles privés : 1,08 0/0 { 2,0 0/0 h. / 0,4 0/0 f. ; Asiles publics : 1,18 0/0 { 2,1 0/0 h. / 0,17 0/0 f.

*Major* (1), 5 0/0 (traumatismes chez hommes)
1 0/0 » chez femmes
2 0/0 (insolation chez hommes)
insignificative chez femmes.

*Relevé statistique officiel de la Suède* (1878-1883).

| | | | | [illegible] | | [illegible] | | [illegible] | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | H. | F. | H. | F. | H. | F. |
| 1878 : | Sont entrés dans les asiles | 198 h. | 191 f. | | | | | | |
| | Causes inconnues | 34 h. | 50 f. | 158 | 141 | 8 | 2 | » | » |
| 1879 : | Entrés : | 270 h. | 232 f. | | | | | | |
| | Causes inconnues | 68 h. | 66 f. | 211 | 109 | 13 | » | » | » |
| 1880 : | Entrés : | 237 h. | 221 f. | | | | | | |
| | Causes inconnues | 56 h. | 59 f. | 181 | 162 | 10 | » | » | » |
| 1881 : | Entrés : | 331 h. | 274 f. | | | | | | |
| | Causes inconnues | 93 h. | 73 f. | 238 | 201 | 10 | 2 | » | » |
| 1882 : | Entrés : | 327 h. | 262 f. | | | | | | |
| | Causes inconnues | 137 h. | 113 f. | 190 | 149 | 14 | 1 | » | » |
| 1883 : | Entrés : | 325 h. | 318 f. | | | | | | |
| | Causes inconnues | 108 h. | 111 f. | 217 | 207 | 16 | 7 | » | » |
| 1884 : | Entrés : | 345 h. | 350 f. | | | | | | |
| | Causes inconnues | 149 h. | 133 f. | 196 | 226 | 19 | 4 | » | 2 |

1. *Données statistiques anglaises*, 1876-82. *Annal. méd. psychol.*, 1885.

| | | | | Causes connues H. | Causes connues F. | Traumatisme H. | Traumatisme F. | Insolation H. | Insolation F. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1885 : | Entrés : | 367 h. | 367 f. | | | | | | |
| | Causes inconnues | 154 h. | 143 f. | 213 | 234 | 20 | 2 | » | » |
| 1886 : | Entrés : | 335 h. | 365 f. | | | | | | |
| | Causes inconnues | 131 h. | 120 f. | 254 | 236 | 16 | 3 | 1 | » |
| 1887 : | Entrés : | 434 h. | 367 f. | | | | | | |
| | Causes inconnues | 168 h. | 133 f. | 266 | 226 | 21 | 5 | » | 1 |
| 1888 : | Entrés : | 409 h. | 404 f. | | | | | | |
| | Causes inconnues | 154 h. | 145 f. | 255 | 259 | 12 | 1 | 4 | » |
| 1889 : | Entrés : | 373 h. | 311 f. | | | | | | |
| | Causes inconnues | 134 h. | 132 f. | 239 | 179 | 9 | 4 | 3 | » |
| 1890 : | Entrés : | 367 h. | 309 f. | | | | | | |
| | Causes inconnues | 127 h. | 102 f. | 250 | 207 | 13 | 4 | 2 | » |
| 1891 : | Entrés : | 642 h. | 565 f. | | | | | | |
| | Causes inconnues | 224 h. | 189 f. | 418 | 376 | 33 | 9 | 3 | » |
| 1892 : | Entrés : | 638 h. | 477 f. | | | | | | |
| | Causes inconnues | 221 h. | 180 f. | 417 | 297 | 34 | 2 | 3 | » |
| 1893 : | Entrés : | 533 h. | 454 f. | | | | | | |
| | Causes inconnues | 198 h. | 178 f. | 385 | 275 | 30 | 4 | 5 | 1 |
| | Total | | | 4038 | 3536 | 278 | 50 | 21 | 4 |

Sur 7574 cas { 4038 h. / 3536 f.

dont l'étiologie était connue.

Traumatisme et l'insolation étaient la cause dans 4. 8 0/0 { 7. 4 0/0 h. / 1. 2 0/0 f.

Traumatisme 4. 36 0/0

Insolation 0. 44 0/0

*Relevé statistique officiel de la Norvège* (1874-1894).

| Année | | Nombre | | Causes connues H. | Causes connues F. | Traumatisme H. | Traumatisme F. | Insolation H. | Insolation F. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1874 : | Sont entrés dans les asiles | 281 h. | 266 f. | | | | | | |
| | Causes inconnues | 47 h. | 56 f. | 234 | 210 | 7 | 1 | 1 | » |
| 1875 : | Entrés : | 286 h. | 284 f. | | | | | | |
| | Causes inconnues | 75 h. | 84 f. | 211 | 200 | 8 | 1 | 1 | » |
| 1876 : | Entrés : | 312 h. | 317 f. | | | | | | |
| | Causes inconnues | 102 h. | 66 f. | 219 | 251 | 4 | » | 1 | » |
| 1877 : | Entrés : | 390 h. | 308 f. | | | | | | |
| | Causes inconnues | 75 h. | 80 f. | 215 | 288 | 5 | 2 | » | » |
| 1878 : | Entrés : | 266 h. | 261 f. | | | | | | |
| | Causes inconnues | 73 h. | 64 f. | 193 | 197 | 5 | 1 | 2 | » |
| 1879 : | Entrés : | 261 h. | 239 f. | | | | | | |
| | Causes inconnues | 62 h. | 63 f. | 199 | 196 | 7 | 1 | 1 | » |
| 1880 : | Entrés : | 282 h. | 289 f. | | | | | | |
| | Causes inconnues | 40 h. | 45 f. | 242 | 244 | 12 | 3 | » | » |
| 1881 : | Entrés : | 365 h. | 335 f. | | | | | | |
| | Causes inconnues | 69 h. | 74 f. | 296 | 261 | 12 | 1 | » | » |
| 1882 : | Entrés : | 365 h. | 350 f. | | | | | | |
| | Causes inconnues | 114 h. | 90 f. | 251 | 260 | 16 | » | » | » |
| 1883 : | Entrés : | 373 h. | 334 f. | | | | | | |
| | Causes inconnues | 103 h. | 75 f. | 270 | 259 | 2 | 3 | » | » |
| 1884 : | Entrés : | 409 h. | 352 f. | | | | | | |
| | Causes inconnues | 114 h. | 72 f. | 295 | 280 | 8 | 2 | » | » |
| 1885 : | Entrés : | 332 h. | 368 f. | | | | | | |
| | Causes inconnues | 76 h. | 77 f. | 246 | 291 | 9 | » | » | » |
| 1886 : | Entrés : | 384 h. | 306 f. | | | | | | |
| | Causes inconnues | 107 h. | 66 f. | 277 | 240 | 2 | » | » | » |
| 1887 : | Entrés : | 372 h. | 311 f. | | | | | | |
| | Causes inconnues | 100 h. | 58 f. | 272 | 253 | 12 | 2 | » | 1 |

| | | | C 8 | | Traumatisme | | Insolation | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | H. | F. | H. | F. | H. | F. |
| 1888 : | Entrés : | 405 h. 345 f. | | | | | | |
| | Causes inconnues | 106 h. 62 f. | 299 | 283 | 7 | » | 1 | » |
| 1889 : | Entrés : | 400 h. 356 f. | | | | | | |
| | Causes inconnues | 97 h. 66 f. | 303 | 290 | 8 | 1 | » | » |
| 1890 : | Entrés : | 429 h. 336 f. | | | | | | |
| | Causes inconnues | 113 h. 67 f. | 316 | 299 | 5 | 4 | 1 | » |
| 1891 : | Entrés : | 452 h. 375 f. | | | | | | |
| | Causes inconnues | 96 h. 75 f. | 356 | 300 | 4 | » | » | » |
| 1892 : | Entrés : | 417 h. 375 f. | | | | | | |
| | Causes inconnues | 119 h. 84 f. | 298 | 290 | 4 | 1 | 1 | » |
| 1893 : | Entrés : | 418 h. 392 f. | | | | | | |
| | Causes inconnues | 191 h. 101 f. | 227 | 291 | 9 | 3 | 1 | » |
| | Total | | 5193 | 5022 | 146 | 26 | 10 | 1 |

Sur 10215 cas { 5193 h. / 5022 f. } causes 184 traum. { 146 h. / 26 f. }

= 1.9 0/0 { Hommes . 3.2 0/0 / Femmes . 0.5 0/0 } Insolation { 0.2 0/0 h. / 0. 0.... f. }

## CHAPITRE III

### DIVISION ET DIFFÉRENTES FORMES DE FOLIES D'ORIGINE TRAUMATIQUE.

#### *Introduction.*

Si l'on veut essayer de résumer ce que les auteurs ont compris par maladies mentales d'origine traumatique, on trouvera facilement deux différentes opinions :

Celle de Skae qui prétend qu'il n'existe qu'une seule forme bien caractérisée « *la folie traumatique* », et tous les autres qui admettent plusieurs formes : « *les folies traumatiques* ».

Dans toutes nos recherches nous n'avons trouvé qu'un seul auteur qui nie tout à fait les maladies mentales provoquées par un traumatisme crânien, c'est *Demaison-Dupallans* cité par Azam (1), « il me dit que pendant une pratique très active de quarante années, il ne croit pas avoir rencontré une vésanie proprement dite ayant une origine

1. *Op. cit.*





traumatique parfaitement démontrée. Il est certain, dit-il, que si on avait foi aux renseignements donnés, la plupart des aliénés devraient leur maladie à des coups reçus à la tête, à des traumatismes cérébraux. Mais une étude attentive montre facilement l'inanité de ces affirmations ».

Vouloir diminuer à ce point l'influence d'un traumatisme crânien ne nous semble pas juste.

Il y a par exemple d'autres causes étiologiques qui sont aussi très discutables.

Le terme « folies ou psychoses puerpérales est généralement accepté quoique la grande pluralité des femmes passent leur période de grossesses et de puerpéralité sans être atteintes d'aucune folie. Cependant il y en a quelques-unes entachées d'une prédisposition héréditaire bien mise en lumière par Marcé, Magnan, et dernièrement par Joffroy (1) où une grossesse ou un accouchement peuvent jouer un rôle étiologique, occasionnel.

Très vraisemblablement il en est de même pour un grand nombre au moins de folies dites « traumatiques ».

C'est l'opinion qu'a souvent défendue M. le professeur *Joffroy* dans ses leçons cliniques, dont j'ai profité de suivre pendant les années 1894, 1895 et 1896.

Comme on trouve très souvent un cachet spécial au délire puerpéral, il en est de même pour les folies traumatiques, mais ce cachet est sensiblement modifié s'il y a d'autres facteurs étiologiques agissant en même temps.

Il nous semble plus juste de parler de *folies traumati-*

1. Leçons cliniques professées à Sainte-Anne, citées par Toulouse. *Les causes de la folie*, Paris 1896.

*ques proprement dites* (où il n'a d'autre moment étiologique) et de *folies traumatiques compliquées*, où on trouve à côté du traumatisme encore un ou plusieurs facteurs étiologiques; le traumatisme est ajouté à une autre cause.

Dans nos observations, nous avons trouvé comme causes de complications les plus fréquentes : hérédité, alcoolisme, syphilis et masturbation.

### 1. — *Hérédité.* — « *Folies hérédito-traumatiques.* »

On demeure quelquefois étonné en observant combien une lésion crânienne insignifiante peut amener des troubles profonds dans l'intellect, surtout si l'on considère le grand nombre de ces mêmes lésions qui passent inaperçues. Il est donc évident que dans ces cas mentionnés, il s'agit d'une prédisposition spéciale : l'hérédité et la dégénérescence, « la cause des causes », comme dit Trélat (1), qui prend son point de départ dans le traumatisme.

« L'arme est chargée, le coup veut partir dès qu'on aura pressé sur la détente (Ball).

*Joffroy* « L'hérédité est la graine d'où sortent toutes les dégénérescences nerveuses. »

M. *Toulouse*(2) qui donne cette formule, laquelle résume bien l'enseignement de M. Joffroy, ajoute : « Une autre

1. *Etiologie de la folie. Annal. med. psychol.*, 1856.
2. M. Ed. Toulouse. *Les causes de la folie*, p. 18.

cause persistante d'erreur est la dissimulation des personnes interrogées, et quelquefois leur ignorance au sujet d'antécédents familiaux. Il est à remarquer que les statistiques établies sur les pensionnaires de maisons privées, fournissent des chiffres plus élevés que celles dont les éléments ont été pris dans les établissements publics où les renseignements sont plus difficiles à obtenir. »

*Joffroy* est encore plus exclusif : il ne croit pas qu'il existe une folie traumatique proprement dite.

Le traumatisme, d'après lui, n'est qu'une cause occasionnelle (1).

La vie morale se trouve dans un équilibre instable, et elle est écartée de sa position par le traumatisme.

Et de l'autre côté, on voit très fréquemment des gens héréditairement non tarés exposés à des traumatismes cérébraux assez graves, sans cependant en résulter aucun trouble cérébral.

*Christian* cite, d'après Gama (2), l'observation suivante : « En 1807, dans une reconnaissance sur les bords de la Passarge, le prince de Panto-Corvo reçut un coup de feu. La balle le frappa derrière et au-dessus de l'apophyse mastoïde gauche, déchira les téguments et le péricrâne, et eut assez de violence pour occasionner une commotion qui fit pencher le blessé sur la tête de son cheval, sans cependant lui faire perdre entièrement connaissance. Il se remit presque aussitôt et put continuer à donner ses ordres. Il est évident que dans ce cas, il y a

1. *Leçon professée à l'asile Sainte-Anne*, 1896.
2. *Traité de plaies de tête*. Paris, 1835.

eu commotion cérébrale, mais qui n'a pas laissé de traces.

On sait que Bernadotte est mort octogénaire en 1844 et que, jusqu'à la fin de sa vie, il a conservé toute la plénitude de son intelligence. »

*Magnan*, dont nous avons eu l'honneur d'entendre l'opinion sur les folies d'origine traumatique, prétend que la grande majorité de ces cas appartient aux vésanies d'origine héréditaire ou de dégénérescence.

Parmi les sauvages dans les Indes, on a remarqué que les vésanies d'origine traumatique sont très rares, même après des lésions crâniennes très fortes.

### 2. — *L'alcoolisme et le traumatisme.*

L'importance de l'alcoolisme au point de vue étiologique dans les maladies mentales a été souligné par les données statistiques de M. le professeur *Joffroy* (1), dans les nouvelles entrées à Sainte-Anne pendant 1893-1894, il a trouvé 33 o/o atteints d'un alcoolisme manifeste.

Ces chiffres se rapprochent beaucoup de celui qui a été donné quelques années auparavant par M. Magnan, et il n'est pas sans utilité de les comparer aux chiffres que donnent actuellement les statistiques en Suède et en Norwège, où ils sont de beaucoup inférieurs, ce qui prouve que par une législation bien entendue on peut enrayer les progrès de l'alcoolisme.

1. Toulouse. *Les causes de la folie*, p. 176.





L'alcoolisme et le traumatisme se compliquent des trois manières suivantes :

1° Un alcoolique lèse son crâne où il est exposé aux rayons ardents du soleil.

2. — Un individu ordinairement sobre s'enivre et dans cet état il est exposé au soleil ou reçoit un traumatisme crânien.

3. — Après des lésions crâniennes, des excès alcooliques répétés ou un état d'ivresse peuvent provoquer une affection mentale.

Prof. Pontoppidan, de Copenhague (1), a cité plusieurs observations de cette catégorie. Il prétend que le traumatisme crânien joue le rôle d'hérédité : une folie transitoire éclate très souvent.

Il ne faut pas oublier un fait que tous les auteurs admettent : le traumatisme crée souvent un manque de résistance très marqué pour les boissons alcooliques.

### 3. — *La syphilis et le traumatisme.*

Qu'une maladie comme la syphilis dont la tendance d'attaquer les tissus nerveux et les vaisseaux est tellement marquée, doit avoir beaucoup d'importance pour les maladies mentales quand elle s'associe aux lésions traumatiques, cela est très facile à comprendre.

En parlant de la paralysie générale, nous y reviendrons.

1. Ugeskrift for retsvaesen, 1893, nos 1 et 2.

### 4. — *Masturbation et traumatisme.*

Dans les observations de l'asile norvégien et dans les relevés statistiques du même pays, nous avons trouvé cette complication citée plusieurs fois. Il reste tout de même une question à savoir, si ce n'est pas le traumatisme lui-même qui a provoqué cette excitation génésique. C'est un fait connu que l'appétit vénérien est quelquefois exagéré après des lésions crâniennes.



# TABLEAU SYNOPTIQUE

## DE FOLIES D'ORIGINE TRAUMATIQUE.

Les délires post-opératoires.

1. — *Folies traumatiques aiguës*
   - *a*) Non compliquées (voyez Huguenin)
   - *b*) Compliquées (voyez Wille).

2. — *Folies traumatiques subaiguës*
   - *a*) Non compliquées conf. (Kraff-Ebing Christian).
   - *b*) Compliquées (Koeppe).

3. — *Folies traum. chroniques*
   - 1.— Idiotie traum. (Ireland)
   - 2.— Dégénérescence traum. (Korsakoff)
   - 3.— Epilepsie traumatique
   - 4. — Paralysie générale traumatique
   - 5. — Démence traum.
     - Conf. ment.
     - Manie.
     - Mélancolie.

   - *a*) Non compliquées.
   - *b*) Compliquées.

1. — *Idiotie traumatique.* — Ireland (1).

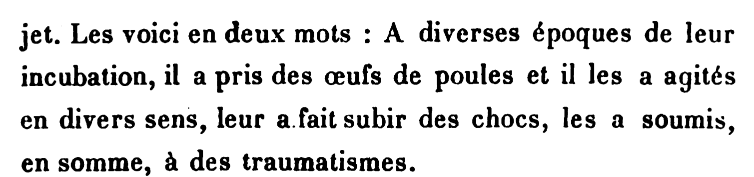
Un traumatisme crânien peut de bonne heure montrer sa grande importance : l'enfant même dans le sein de la mère n'est pas épargné. Ainsi Guder cite après Ameling und Bird l'histoire d'une mère qui pendant sa grossesse fit une grande chute. Quand l'enfant, quelque temps après, naquit à terme, le fémur droit était plus court que l'autre et on pouvait bien sentir le col. Après quelques mois, on remarque que l'enfant est tout à fait idiot. Le cerveau, en même temps que le fémur était fracturé, avait reçu une commotion tellement violente que son développement avait été entravé.

*Julius Jensen* (2) a trouvé une cicatrice dans la partie droite du cerveau chez un idiot. Cette cicatrice était produite par une violence pendant la vie fœtale.

*Jules Voisin* (3) dit en parlant des causes accidentelles de l'idiotie :

« Pendant la grossesse, le produit fœtal peut être influencé directement par des traumatismes. Il convient de placer en première ligne, les chutes, les coups, en un mot, toute espèce de traumatisme. Vous connaissez tous les expériences très concluantes de Dareste (4) à ce su-

1. *On Idiocy especially in its physical aspects.* London.
2. *Archio. für Psychiatri*, 1888, p. 269.
3. *Idiotie.* Paris, 1893, p. 36.
4. Académie des Sciences.





jet. Les voici en deux mots : A diverses époques de leur incubation, il a pris des œufs de poules et il les a agités en divers sens, leur a fait subir des chocs, les a soumis, en somme, à des traumatismes.

Lorsque ces œufs arrivèrent à l'époque de l'éclosion, ils mirent en liberté des poulets monstrueux, infirmes, atteints de malformations variables.

On comprend, dès lors, qu'une chute ou un traumatisme sur le ventre de la mère pendant la gestation puisse produire des accidents analogues ».

Le travail d'accouchement produit une pression considérable sur la tête, spécialement par le rétrécissement du bassin et dans l'accouchement par forceps.

*Mitchell* (1) a bien marqué ces faits. Sur 494 idiots, 57 (11 o/o) avaient supporté des accouchements de longue durée ; 22 (4,8 o/o) en avaient été délivrés par forceps et 4 par version.

*Ireland* (2) prétend que des lésions crâniennes pendant l'accouchement sont plus fréquentes chez les garçons que chez les filles parce que les premiers ont la tête plus grande.

*Shuttleworth* (3) dit que les accouchements prolongés sont indiqués comme cause pour 29 o/o d'idiots admis à son asile.

Il croit qu'un forceps bien administré pouvait pour beaucoup de ces cas avoir évité la conséquence terrible d'une pression prolongée.

1. *Med. Times and Gazette*, 1862, 26 juillet.
2. *Op. cit.*
3. *Brit. med. Journal*, 1886, 30 janv. *Royal Alb. asylum.*

*Fletcher Beach* (1) trouva chez 810 idiots, 4,3 o/o délivrés par le forceps et 26,6 o/o qui avaient supporté des accouchements prolongés.

*Koch*, de Copenhague, a fait l'examen microscopique du cerveau d'un enfant chez lequel s'était développée une idiotie très manifeste après un accouchement par forceps très violent (Voyez observ.).

*Krafft-Ebing* (2) mentionne aussi un accouchement précipité comme cause de l'idiotie.

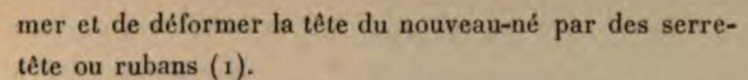
*Wulff* (3) cite des relevés statistiques sur 1436 idiots, 837 du sexe masculin et 599 du sexe féminin, dont 198= 13,8 o/o (127 du sexe masculin=15,2 o/o; et 71 du sexe féminin=11,9 o/o) avaient été exposés aux traumatismes crâniens avant, pendant ou immédiatement après leur naissance; 51 o/o étaient en même temps héréditairement chargés. Chez 34, on avait fait l'autopsie et on avait trouvé les processus pathologiques suivants : microcéphalie, adhérences entre la dure-mère et le crâne, entre la dure-mère et la pie-mère entre la pie-mère et le cerveau, pachyméningite chronique, leptoméningite chronique, hydrocéphalie externe, hydrocéphalie interne, atrophie et sclérose du cerveau, porencéphalie.

Comme lésions traumatiques crâniennes du premier temps après la naissance, il faut aussi citer l'habitude qui existe dans quelques localités de la France, de compri-

1. *The Lancet*, 1889.

2. *Lehrbuch der Psychiatri*. Page 702.

3. *Allg. Zeitschrift für Psychiatri*, 1893. *Die geistigen Entwicklungs hemmungen durch Schädigung des Kopfes, vor, während und gleich nach der Geburt des Kindes.*





mer et de déformer la tête du nouveau-né par des serre-tête ou rubans (1).

Dans tout le haut Languedoc, les matrones et les nourrices, s'attachent à donner à leurs enfants un caractère particulier de beauté en imprimant à la tête une forme très allongée d'avant en arrière et de bas en haut, avec une proéminence occipitale tout à fait disgracieuse. Chez les Rabastinois, les femmes y parviennent en serrant fortement la tête au moyen d'un bandeau dès que l'enfant vient de naître.

*Béringuier* (2) insiste judicieusement sur la différence intellectuelle entre des enfants pour lesquels il a pu empêcher l'emploi du bandeau et leurs frères plus âgés, qui subissent les conséquences du vice ordinaire de la région. Outre les sujets rendus imbéciles de cette façon, il signale toute une série d'idiots de l'asile d'aliénés (de la Grave) à Toulouse.

Les relevés statistiques pour les traumatismes crâniens dans l'étiologie de l'idiotie flottent entre 2 o/o et 11 o/o; mais combien d'enfants tombent des bras de leurs nourrices ou bonnes d'enfants sans que les parents n'en sachent rien?

Une autre question est de savoir s'il n'y a pas dans beaucoup de cas d'idiotie traumatique une complication d'hérédité; il faut se rendre compte si les individus ne sont pas nés avec une tare neuropathique que le traumatisme a fait seulement éclore.

1. Dagonet. *Traité de mal. mentales.* Page 669.

2. *Topographie physique, statistique et médicale du canton de Rabastens* (Tarn), 1851.

L'importance de ces faits est peut-être encore plus marquée à l'âge de la période de « la puberté cérébrale » de 6 à 9 ans où l'enseignement donné dans les écoles développe très fortement les centres de l'intelligence et ses fibres. On entend très souvent les parents prétendre que leurs enfants sont devenus arriérés ou idiots parce qu'un instituteur ou professeur leur a donné un soufflet ou un coup de règle.

Dans la plupart de ces cas il s'agit d'enfants ayant peu d'intelligence qui ont pu très difficilement suivre les progrès de leurs camarades.

Gerhardt, cite ainsi deux cas : un garçon de 8 ans et un autre de 9 ans ayant tous deux une disposition neuropathique très marquée. Leur instituteur avait produit un traumatisme crânien par un châtiment assez brusque. Peu de temps après ils étaient atteints ensemble d'une « irritation cérébrale » : changement de caractère, tendance à la violence, etc.

Mais il faut remarquer que ces enfants bien plus souvent encore sont en butte aux mauvais traitements de leurs parents et l'on peut ajouter aussi qu'ils sont nés quelquefois de pères alcooliques, ou dans une liaison de hasard.

### 2. — *Dégénérescence traumatique.* Korsakoff (Les cérébraux de Lasègue).

La dégénérescence traumatique est motivée dans le livre du professeur Korsakoff de Moscou de la manière suivante (1) :

1. Je dois la traduction à mon ami M. le docteur Streltzoff de Moscou.

« La dégénérescence traumatique se développe à la suite de traumatisme plus ou moins grave de la tête accompagné de commotion cérébrale ou de troubles profonds de la mémoire (ces traumatismes laissent souvent après eux un enfoncement des os du crâne ou une lésion de méninges ou du cerveau).

Si ce traumatisme n'est pas suivi dans un court délai par la mort du malade, il n'est pas rare de voir apparaître après plusieurs années des symptômes de dégénérescence traumatique. Le plus souvent au bout de plusieurs années on observe que le caractère du malade est changé.

C'est surtout son irritabilité qui devient excessive. Le moindre motif amène une émotion des plus intenses, un accès de colère, un accès furibond. Une résistance diminuée contre des boissons alcooliques est souvent observée : une dose de vin provoque chez ces malades une ébriété prompte et à caractère pathologique.

Progressivement la dégénérescence s'attaque à la sphère intellectuelle, surviennent ensuite des *troubles de la mémoire*, un manque de suite dans les idées, des altérations du jugement et finalement de la démence.

La perversion du sens moral est aussi souvent observée : le malade devient brutal, cruel, montre une grande légèreté dans l'accomplissement de ses devoirs, avec des tendances au vol et des appétits génésiques très développés. On observe parfois des évanouissements, des états de confusions mentales très proches de ceux des dégénérés.

La maladie est à marche progressive et se termine par la démence ou la mort. »

*Krafft-Ebing* cite dans son livre « *Psychopathia sexualis* » (1) un cas de perversité sexuelle d'origine traumatique : Deux fois à l'âge de 7 et de 13 ans, l'individu avait reçu des lésions cérébrales très graves. Depuis l'âge de 14 ans, il avait par intervalles des maux de tête épouvantables qui se terminaient par une tendance irrésistible à s'emparer des souliers exposés.

*Moreau* (de Tours) (2) place les traumatismes crâniens en première ligne parmi les facteurs d'ordre physique pouvant donner une explication des crimes commis par les enfants.

*Lombraso* (3) en s'appuyant sur Skae, Morel, Flesh, Mesnet et Acrel, prétend qu'on a vu quelquefois des individus autrefois sains devenir atteints d'une tendance irrésistible au vol après un traumatisme crânien.

### 3. — *Epilepsie traumatique.*

« L'épilepsie est une maladie mentale qui entraîne fréquemment à sa suite des troubles intellectuels », dit Falret en commençant son étude magnifique sur l'état mental des épileptiques (4).

1. Stuttgart, 1886.
2. *De l'homicide commis par les enfants.* Paris, 1892. Conclusions.
3. *L'homme criminel.* Paris, 1887, page 630.
4. Paris, 1861.





Morel, Griesinger et Samt ont établi les relations existant entre les troubles convulsifs partiels ou généralisés et ceux de sensoriels et psychiques.

Sur l'étiologie de l'épilepsie on n'est pas encore tombé d'accord :

*Magnan* (1) a une tendance à regarder l'épilepsie comme une maladie héréditaire. Il s'exprime ainsi à ce sujet : « L'épilepsie est une névrose à paroxysmes, caractérisés par des accès intermittents avec perte de connaissance, accès qui peuvent se montrer sous forme d'attaques convulsives, de vertiges, d'absence ou de délire spécial. C'est une maladie essentiellement héréditaire.

Elle reconnaît souvent pour cause l'alcoolisme ou la folie du père ou de la mère, le mariage consanguin des parents ; dans quelques cas rares, cause occasionnelle, des émotions morales »

Pour ce connaisseur par excellence de l'épilepsie, le traumatisme ne joue pas un grand rôle.

Esquirol (2) raconte l'histoire d'un épileptique qui est devenu malade après une insolation.

*Féré* (3) est moins exclusif : « les chutes, les coups sur la tête ont souvent été invoqués comme cause de l'épilepsie.

Il est probable que ces traumatismes non pénétrants peuvent provoquer l'épilepsie.

1. *Leçons cliniques sur les maladies mentales*. Paris, 1893, p. 4.

2. *Op cit.*, vol. I, p. 292.

3. *Epilepsie et les épileptiques*, Paris.

Toutefois cette influence n'est pas contestable. On peut citer des exemples d'épilepsie survenue à la suite de choc sur la tête et guérie à la suite de l'opération de trépan sans qu'on ait relevé aucun signe d'irritation.

M. le professeur Joffroy a bien voulu nous communiquer un cas qui a fait l'objet d'une de ses dernières leçons et qui présente un très grand intérêt au point de vue du sujet qui nous occupe.

Arthur B..., âgé de 17 ans.

*Antécédents héréditaires.* — Le malade est enfant naturel ; la mère est débile avec absence de sens moral et incapacité de pourvoir à ses besoins; une tante maternelle est déséquilibrée ; un oncle est buveur.

*Antécédents personnels,* — Atrepsie probable dans l'enfance. Parole, marche, dentition tardives. A l'âge de 15 mois, l'enfant était sur le bord d'un escalier quand il a roulé d'un étage et s'est contusionné la région temporale gauche ; un mois après même accident ; à l'âge de 3 ans chute d'une chaise sur le rebord d'un poêle. Ces traumatismes n'ont donné lieu au moment de leur production à aucun symptôme cérébral, on n'a pas observé de perte de connaissance, ni de modification dans l'état mental du petit malade, jusque-là du reste insuffisamment développé au point de vue intellectuel.

L'entourage fut surtout frappé de l'absence presque complète de langage articulé. A 11 ans, il fut mis à l'école primaire où il ne put recevoir qu'une instruction tout à fait rudimentaire ; il apprit à signer son nom, à épeler les lettres de l'alphabet et à écrire les chiffres.

Le manque de développement des facultés intellectuelles cœxistait avec l'absence de langage articulé et le petit malade,





incapable d'apprendre un métier, présentait les troubles du caractère que l'on rencontre si fréquemment dans l'imbécillité et l'idiotie: irritabilité, absence de sentiments affectifs, tendances impulsives manifestes. Des stigmates physiques accentués, asymétrie faciale, de formation crânienne, voûte palatine surélevés, affirmaient objectivement cette absence d'intelligence, de langage articulé et ces perversions instinctives.

Quand Arthur B... atteignit l'âge de 16 ans, sa famille, pour qui il était une véritable charge, vint consulter un chirurgien connu et lui raconta l'histoire du malade en insistant sur les traumatismes de l'enfance. Sur la promesse que l'on fit de « donner la parole à l'enfant » la famille consentit à laisser trépaner le malade. Une double couronne de trépan fut appliquée sur la région pariétale gauche et l'opération en elle-même fut suivie de guérison.

A la suite de l'intervention chirurgicale, on ne constata aucune modification de l'état mental, ni de la fonction du langage, et trois mois après le malade présentait des accès d'épilepsie généralisée.

Depuis cette époque Arthur B... a eu neuf grandes attaques convulsives et quatre vertiges ; dernièrement il se présentait à la consultation de M. Joffroy en raison de ces accidents comitiaux, et il est actuellement en cours de traitement.

M. Joffroy a fait observer au sujet de cette observation qu'il était difficile d'admettre un rapport de cause à effet entre le traumatisme opératoire et la manifestation systolique ; on peut admettre plusieurs hypothèses, ou bien celle d'une simple coïncidence, car le malade a été opéré à l'âge où chez les héréditaires dégénérés survient souvent l'épilepsie, ou bien ce prédisposé, véritable candidat

aux manifestations comitiales, a vu son premier accès convulsif déterminé occasionnellement par le traumatisme, jouant en somme dans l'espèce un rôle secondaire; dans tous les cas de ce genre M. le professeur Joffroy suit la prédisposition héréditaire au premier plan comme facteur épileptogène et enseigne que l'épilepsie, quelle qu'en soit la cause occasionnelle, ne se montre jamais chez d'autres sujets que chez ceux désignés d'avance par leur mode de constitution cérébrale, pour devenir épileptisants.

Leiden, Nothnagel, Berger et Eulenburg (1) soulignent l'importance d'un traumatisme crânien dans l'étiologie de l'épilepsie.

Neffel croit même que la plupart des cas d'épilepsie dans l'enfance doivent leur origine à un traumatisme crânien.

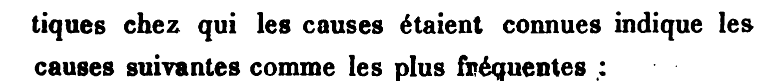
Il y a déjà longtemps que Westphal par expérience a montré la possibilité de produire l'épilepsie chez des cobayes par traumatismes crâniens comme Brown-Séquard l'a fait par des lésions du nerf sciatique.

Les faits cliniques appuyant l'opinion émise par Westphal ont été très souvent communiqués spécialement par des auteurs américains et anglais.

*Malcalester* (2) a examiné l'étiologie de 250 cas d'épilepsie, entrés dans son asile. Il en indique 25 (10 o/o) comme étant de l'épilepsie traumatique.

*Echeverria* (3) sur 123 hommes et 104 femmes épilep-

1. *Real-Encyclopédie.* Art. *épilepsie.*
2. *New-Yourk medical Journal*, 27 janvier, 24 février 1894.
3. Congrès international de méd. mentale, Paris, 1878, 1880, page 238.





tiques chez qui les causes étaient connues indique les causes suivantes comme les plus fréquentes :

| | | | |
|---|---|---|---|
| Intempérance | 29 cas | (hommes) | 12 femmes |
| Lésions traumatiques à la tête | 23 | » | 12 » |
| Anxiété mentale | 9 | » | 6 » |
| Peur | 7 | » | 5 » |
| Chagrin | 3 | » | 6 » |
| Fatigue et épuisement | 5 | » | » » |
| Syphilis | 5 | » | » » |
| Insolation | 4 | » | » » |
| Colère | 1 | » | » » |
| Punition corporelle excessive | 1 | » | » » |
| Troubles utérins | » | » | 14 » |

On voit facilement que pour cet auteur les lésions traumatiques à la tête jouent un rôle très marqué. Il prétend avoir trouvé chez les malades atteints de folie épileptique d'origine traumatique des perversions morales et intellectuelles concomitantes. Très souvent le traumatisme est venu s'ajouter à des habitudes d'intempérance.

*Hamilton* (1) en parlant d'étiologie d'épilepsie dit : « En général les traumatismes crâniens qui ne laissent que peu de signes externes, produisent très souvent des complications ultérieures d'épilepsie.

On peut bien se demander s'il existe des formes spéciales pour les folies épileptiques d'origine traumatique.

Hollander (2), Fritz (3), Weiss (4), Oppenheim et

1. *Ref. handbook of medical Science*, vol. II, page 705.
2. *Jahrbücher für Psychiatrie*, 1886.
3. *Jahrbücher für Psychiatrie*, 1887.
4. *Allg. Zeitschrift für Psych.*, B. 35.

Thomsen (1) en parlant des folies impulsives et transitoires admettent comme étiologie l'hérédité, traumatismes crâniens et l'alcoolisme; spécialement ils citent plusieurs cas de folies épileptiques traumatiques qui appartiennent à ces formes. Ils prétendent qu'elles ont une importance très marquée au point de vue légale.

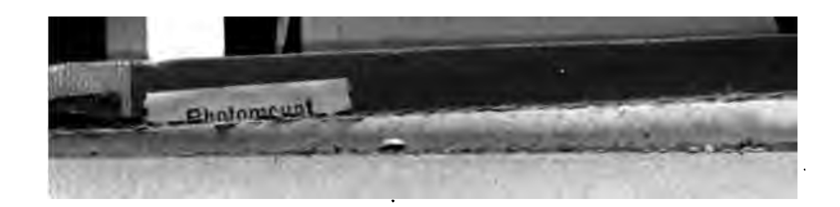
*Krafft-Ebing* (2) prétend qu'on voit rarement parmi les observations sur l'épilepsie traumatique suivie de troubles intellectuels survenir des accès maniaques.

*Wagner* (3) a remarqué quelque chose de frappant et qui est typique dans ces sortes de cas : c'est que les attaques commencent toujours aux mêmes groupes musculaires du même territoire nerveux. On a une tendance à considérer ces manifestations comme une épilepsie par réflexe : le traumatisme produit un changement dans les tissus externes du cerveau (la peau, les os, etc.), et le cerveau est tenu dans une irritabilité continuelle par cette lésion (Nothnagel). On voit même des attaques se produire après des pressions sur les endroits lésés, qui très souvent sont douloureux.

Pour quelques auteurs les traumatismes crâniens jouent un rôle très important dans l'étiologie des « équivalences psycho-épileptiques ».

Dans la discussion sur l'épilepsie larvée (« l'épilepsie sine ictu, sine épilepsie ») à la société médico-psychologique en 1873 (4) M. Falret a rapporté l'observation

1. *Archiv. für Psychiatrie*. B. 16.
2. *Maschkas Handbuch der gerichtl, medicin.*
3. *Jahrbucher für Psychiatrie*, 1889.
4. *Annales médico-psychologiques*, 1873, page 159.





d'un individu qui après un coup de fusil (l'endroit blessé du crâne n'est pas indiqué) devient épileptique : « La manie du vol se développa chez lui, quand les troubles sont dissipés il va lui-même se dénoncer. Il est arrêté, passe aux assises, le président prévient les jurés contre ma disposition; je ne me laisse pas discuter sans répondre, j'ébranle la conviction déjà faite du jury et obtiens des circonstances atténuantes. »

### 4. — *Paralysie générale d'origine traumatique.*

Dans sa thèse *sur la paralysie générale*, *Bayle* (1) cite l'observation suivante :

Obs. III. — Monomanie, démence, idiotisme.

Jean F. M..., 41 ans, sculpteur. Il avait fait plusieurs chutes de 40 à 50 pieds de hauteur, dans lesquelles il avait éprouvé des commotions cérébrales violentes et s'était fracturé le bras droit. Janvier 1818 : caractère changé. Entré : 26 août 1818. Mort le 28 juin 1820.

*Autopsie.* — Granulation du ventricule.

*Delaye* (2) parle dans sa thèse d'une dame N... qui a fait une chute dans une cave. La démence s'en suivit.

*Thore* et *Aubanel* (3) ont vu durant l'année 1839 à Bicêtre, la paralysie générale causée trois fois par des chutes sur la tête.

1. Th.. Paris, 1822.

2. Thèse de Paris, 1824. *Considération sur une espèce de paralysie qui affecte particulièrement les aliénés.*

3. Cité dans la thèse de Vallon, 1882.

*Lunier* (1) dit dans sa thèse (page 14) que l'hyperhémie encéphalique joue un rôle important dans la paralysie générale et mentionne spécialement les températures extrêmes, une violente chaleur ou bien un froid intense. Dans les *Annales médico-psychologiques*, 1849 (2) il rapporte une observation (Obs. IV) sur la paralysie générale provoquée par le traumatisme crânien grave chez un jeune homme (18 ans).

Dans le deuxième volume de la même année *Requin* (3) cite un cas semblable.

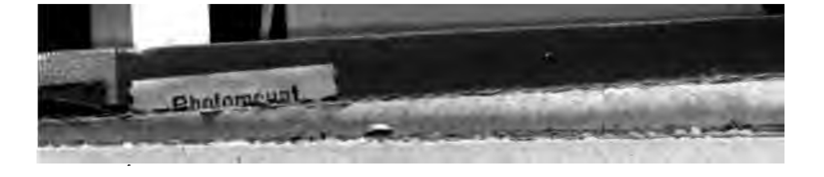
*Baillarger* dit en concluant son observation XXXVIII dans l'appendice au *Traité des maladies mentales* de Griesinger (4) une femme qui a fait une chute grave sur la glace « il ne faut pas oublier non plus que la seule cause assignée à cette maladie (paralysie générale) était une chute sur la tête. »

*Marcé* dit avoir vu deux cas de paralysie générale dans lesquels les premiers symptômes remontaient à un violent coup.

*Lasègue* s'exprime ainsi dans sa thèse d'agrégation (5) : « je ne mets pas en doute qu'un certain nombre d'affections ou de lésions cérébrales ne soient l'origine de la maladie.

J'ai vu trop d'exemples de cette filiation, on en ren-

1. Thèse de Paris, 1849. *Recherches sur par. gén. progressive.*
2. Tome I, page 21.
3. Tome 2, page 88.
4. Paris, 1865.
5. Paris, 1853, page 68.





contre trop souvent dans les traités spéciaux pour qu'i soit permis d'en douter. Tantôt c'est une chute grave, une blessure causée par le choc sur la tête d'un corps pesant. »

*Achille Foville fils* (1) admet comme « causes occasionnelles », les causes physiques susceptibles de déterminer un travail congestif de l'encéphale sont: les plaies ou blessures sur la tête ; les érysipèles de la face ou du cuir chevelu ; les coups de soleil ou insolation, surtout dans les pays chauds.

*Vallon* (2) dans son excellente thèse sur les traumatismes et la paralysie a émis les deux suivantes manières dont peuvent agir les traumatismes :

1° Les traumatismes frappent tantôt des sujets déjà prédisposés et sans alors le coup de fouet, qui ne crée pas la maladie, mais qui accélère la marche, en précipite les allures et lui fait prendre une physionomie plus nettement caractérisée ; des troubles vagues deviennent alors plus précis et le diagnostic finit par s'imposer.

2° Au contraire dans une autre série de cas, c'est au traumatisme *seulement* qu'il faut attribuer la production des lésions qui caractérisent la maladie cérébrale, c'est le traumatisme seul qui par un enchaînement implacable et rigoureux de conséquences finit par amener la déchéance cérébrale et le naufrage définitif de l'intelligence.

1. *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*, vol. XXV, 225, Paris, 1878.

2. Thèse de Paris, 1882 : *De la paralysie générale et du traumatisme.*

Dans les journaux de différents pays qui traitent l'aliénation mentale on trouve très souvent des observations sur la paralysie générale d'origine traumatique.

*Doutrebente* (1) raconte un cas où il n'y avait ni alcoolisme, ni syphilis (renseignements sur les antécédents héréditaires manquent): un fleuriste a reçu à l'âge de 27 ans un coup très violent sur la tête, ayant déterminé une bosse sanguine avec une large ecchymose qui a laissé des traces pendant trois mois. Depuis ce temps il a toujours eu des maux de tête assez violents et 7 ans après a éclaté un délire maniaque se terminant en paralysie générale.

*Lafitte* (2) cite un cas où il n'avait pas d'hérédité, pas de maladies antérieures, le malade sobre et bien portant. Un jour il reçut sur la tête un violent coup de poing, qui l'étourdit pendant quelque temps. Le lendemain il se plaint de souffrir de la tête, il se montre triste, abattu et n'a pas recouvré sa gaieté habituelle. Après quelques jours il est pris d'excitation, se montre satisfait de tout et un mois après il fut interné à l'asile comme atteint d'un délire mégalomane, deux mois après des symptômes manifestes d'une paralysie générale.

*Paris* (3) a observé un cas de paralysie générale après insolation: pas d'hérédité, ni alcoolisme, ni syphilis.

*Ball* (4) a cité plusieurs cas de paralysie générale

1. *Annales méd. psychol.*, 1880, 228.
2. *Annales méd. psychol.*, 1881, 223.
3. *Annales méd. psychol.*, 1884, 436.
4. *Annales méd. psychol.*, 1885, 488, et Encéphale, 1888, p. 389.





après traumatismes, mais il nous semble que l'étiologie est un peu douteuse.

*Christian* (1) a observé 340 cas de paralysie générale et il a trouvé trente-huit fois des traumatismes crâniens dans l'étiologie. Il prétend que l'influence des traumatismes du crâne n'est pas douteuse comme origine d'une paralysie générale. Son opinion est aussi affirmative quant à l'insolation.

*Christian et Ritti* s'expriment ainsi dans l'article de la paralysie générale (*Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*): « les traumatismes du crâne nous paraissent être une cause assez fréquente de la paralysie générale; ils peuvent agir de différentes façons. S'ils surviennent dans l'enfance ou à l'époque de la puberté, ils déterminent simplement une prédisposition aux maladies cérébrales, qui se traduira plus tard par explosion d'une péri-encéphalite; si au contraire, l'accident traumatique arrive à l'âge même où la paralysie générale survient de préférence, il peut déterminer cette action après une incubation plus ou moins longue ».

*Simon* (2) remarque que les lésions qui attaquent directement le cerveau ont une grande importance et peuvent produire la paralysie générale.

*Krafft-Ebing* (3) admet les traumatismes crâniens comme cause de la paralysie générale. Sur quatre-vingt-douze paralytiques il les a notés comme étiologie six fois.

1. *Archives de neurologie*, vol. 14, 204.
2. *Gehirnerweichung der Irren*. Hambourg, 1871.
3. *Archiv. für Psychiatri*, 1877, p. 182.

*Ascher* (1), parmi 643 paralytiques généraux à l'asile Dalldorf (Berlin), a trouvé 58 fois traumatismes crâniens et insolation 3 fois.

*Kaes* (2), sur 181 cas de paralysie générale chez l'homme, a trouvé 43 fois le traumatisme crânien mentionné comme étiologie, chez 42 femmes 6 fois.

*Mendel* (3) prétend que les traumatismes crâniens jouent un rôle très important; mais il faut se méfier : ils sont aussi très souvent un symptôme de la maladie (chutes sur la tête).

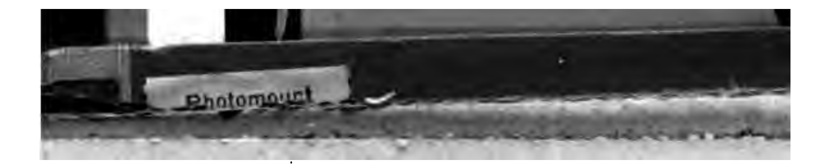
*Reinhardt* (4), *Kundt* (5) et *Wallenberg* (6) mentionnent à côté des traumatismes crâniens : hérédité, syphilis et alcoolisme comme des complications.

*Gudden* (1) indique sur 1386 hommes des traumatismes crâniens 64 fois, mais chez 18 d'entre eux il est très vraisemblable que la paralysie a été « latente » avant la lésion crânienne.

Chez trois malades la paralysie éclata à 17, 18 et 21 ans.

Il est de cet avis que l'hérédité ou la syphilis jouent aussi un rôle très important. « A côté du traumatisme une prédisposition est nécessaire ».

1. *All. Zeitschrift f. Psychiatrie*, 1890-27.
2. *All. Zeitschrift f. Psychiatrie*, 1893-643.
3. *Eulenburg : Real-Encyclopédie* II. Aufl. 1886. B. V. 201.
4. *All. Zeitsch. für Psychiatrie*, 1885-532.
5. *All. Zeitsch. für Psychiatrie*, 1894-270.
6. *Archiv. für Psychiatrie*, 1894-472.
7. *Arch. f. Psychiatrie*, 1894, p. 430.






*Julius Mickle* (1) prétend que le traumatisme crânien joue plutôt un rôle prédisposant qu'occasionnel :

« Le tissu cérébral devient moins résistant contre les influences ordinaires ».

*Bannister* (2) croit que la paralysie générale est le résultat de l'action d'un poison sur le système nerveux, lequel poison, dans la grande majorité des cas, est une toxine spécifique.

Cette toxine existe à l'état latent dans l'organisme, du fait de la syphilis, ne produit ses effets que sous l'in- l'influence de certaines causes agissant sur le système nerveux; comme d'autres poisons de la même classe; elle ne s'attaque que sur un système nerveux affaibli et ces causes de dépression du système nerveux sont fournies par le traumatisme, le surmenage intellectuel, les ennuis, l'intempérance, l'insolation etc.

En l'absence de ces conditions la toxine peut rester latente, inoffensive.

*Kellogg* (3) est de cette opinion que les cas de paralysie générale traumatique sont des pseudo-paralysies générales.

Pour les auteurs scandinaves : *Esmarch*, *Jessen*, *Kjellberg*, *Jespersen*, *Haslund*, *Berg*, *Stenberg*, *Sandberg*, *Rohmell*, *Pontoppidan*, *Jacobson et Leegaard*, les traumatismes crâniens ne jouent qu'un rôle occasionnel, la vraie cause, la cause des causes après eux, c'est toujours : la syphilis.

1. *Journal of mental Science*, 1883, jan.
2. *American Journal of insanity*, 1894-214.
3. *Reference handbook.* Vol. IV. 104. N.-York, 1887.

*Lange*, *Holm* et *Lindboe* sont moins exclusifs.

*Haugberg de Helsingfors* (1) a trouvé les traumatismes crâniens 3 fois comme cause sur 100 cas de paralysie générale, mais en même temps il y avait de la syphilis ou hérédité.

*Joffroy* (2) croit que la tare héréditaire du sujet serait pour lui le facteur principal de la paralysie générale.

Les causes occasionnelles : alcoolisme, syphilis, surmenage, traumatisme crânien n'agissent que sur un terrain prédisposé.

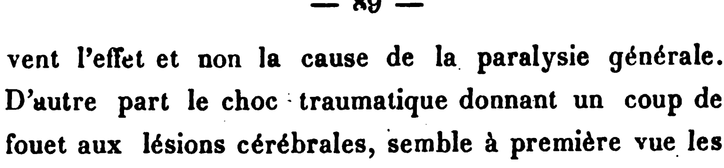
Relativement aux rapports de la paralysie générale et du traumatisme, M. le professeur Joffroy a cité deux cas de nature à nous le faire mieux comprendre.

Il s'agit d'abord d'un cocher qui tomba un jour de son siège. Huit jours après l'accident il manifesta des symptômes de paralysie générale (attaques apoplectiformes) lesquels ne pouvant s'être développés dans un délai aussi court.

Un cas tout aussi concluant est celui d'un officier qui tout de suite après une chute de cheval montra des troubles mentaux. Or les renseignements prouvèrent que déjà avant ce traumatisme l'officier avait présenté quelques signes d'affaiblissement intellectuel. Chez lui la chute avait été vraisemblablement causée par une attaque apoplectiforme qui fut suivie d'autres ultérieurement.

Joffroy prétend que le traumatisme est même sou-

1. *Akademisk afhandling*. Helsingfors, 1892.
2. *Leçons professées à l'asile Sainte-Anne*, 1896.





vent l'effet et non la cause de la paralysie générale. D'autre part le choc traumatique donnant un coup de fouet aux lésions cérébrales, semble à première vue les avoir créées de toutes pièces.

Enfin l'accident congestif, l'ictus qui a déterminé la chute, est par lui-même de nature, en dehors du traumatisme, à précipiter la marche d'une paralysie qui était jusqu'alors latente. Déjà là une autre condition propre à égarer l'illusion de l'observateur.

*Magnan* (1) dit en parlant de l'étiologie de la paralysie générale : « Rappelons l'influence des traumatismes crâniens : ceux-ci déterminent parfois des adhérences de la dure-mère au crâne, des pachyméningites, et il paraît vraisemblable que chez certains sujets la présence d'un de ces foyers irritants puisse déterminer une encéphalite interstitielle... On a fait jouer aussi un rôle aux troubles menstruels, à la ménopause, à l'insolation en un mot, à toutes les causes qui peuvent provoquer des bouffées congestives vers la tête. »

Pour bien préciser l'opinion de mon maître, dont j'ai mis si souvent la grande amabilité à contribution, qu'il me permette de citer *in extenso* un de ses certificats, sur une paralysie générale prétendue d'être d'origine traumatique :

« Nous soussignés, P. Berger, professeur à la faculté, membre de l'Académie de médecine, et Magnan, médecin en chef à l'asile Sainte-Anne, membre de l'Académie de

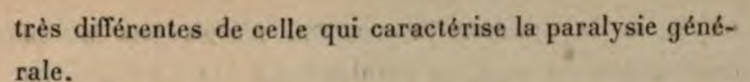
1. *La paralysie générale*, par Magnan et Sérieux. *Encyclopédie scientifique.*

médecine, appelés à donner notre avis sur cette question spéciale à savoir si la paralysie générale à laquelle le nommé P... a succombé le 4 décembre 1894, à l'asile de Saint-Dizier, avait été provoquée par le choc d'un madrier, qui le 22 juin 1892, l'atteignant à la poitrine, lui aurait fracturé deux côtes.

Après un examen approfondi de toutes les pièces du dossier nous sommes d'avis qu'il n'y a aucune filiation, aucune relation de cause à effet entre l'accident du 22 juin 1892 et le développement de la paralysie générale chez P...

Des observations de la paralysie générale à la suite de traumatisme ont été publiées par différents auteurs : Bayle, Calmeil, Baillarger, Lasègue, etc., et nous-même dans notre pratique déjà longue nous avons eu l'occasion d'en observer quelques cas, mais dans tous ces faits, nous devons le reconnaître, il s'agit de traumatismes crâniens, c'est-à-dire de chocs portés directement sur la tête ou de chutes sur la tête ; les blessures périphériques, les fractures des os des membres, les fractures de côte n'entrent point dans l'étiologie de la paralysie générale.

D'autre part, si malgré le nombre infini de traumatismes crâniens les cas de paralysie générale à la suite de ces traumatismes sont relativement très rares, c'est qu'il faut, en dehors de la cause extérieure, une prédisposition pour déterminer la lésion propre à la paralysie générale, encéphalite chronique interstitielle diffuse, sans cette prédisposition le traumatisme provoque des méningites, des encéphalites circonscrites, des foyers hémorrhagiques ou de ramollissement tout autant de lésions





très différentes de celle qui caractérise la paralysie générale.

Les phénomènes immédiats, que détermine l'action d'une violence extérieure portant ses effets sur l'encéphale sont connus et classiquement décrits sous le nom de commotion cérébrale.

Or, il ressort de toutes les dépositions que P... au moment de l'accident n'a présenté aucun des signes de la commotion cérébrale.

Le plus important de ces phénomènes, le plus facilement appréciable par les personnes qui entouraient le blessé au moment ou peu après l'accident est la *perte de connaissance* avec *résolution musculaire ;* c'est sur ce caractère que M. le Dr Bellat s'est fondé pour déclarer que la paralysie générale de P..., était la suite de son accident ; le Dr B... dit en effet : « il est vrai qu'il a été frappé à la poitrine, mais il a dû résulter de ce coup, une violente commotion cérébrale puisque le médecin qui lui a donné les premiers soins a déclaré qu'il était resté sans connaissance pendant près d'une heure ; or à la suite d'une commotion cérébrale, il peut se manifester des accidents dans un temps plus ou moins rapproché ».

Consultant le certificat du Dr Cornevin, le premier arrivé après l'accident nous y lisons ce qui suit : « J'ai été appelé à soigner à la gare un individu qui avait, je crois, reçu un coup de madrier sur la poitrine, il était tout naturellement fort ému et le pouls se ressentait de la commotion qu'il avait éprouvée. J'ai pu le renvoyer quelques instants après chez lui ». Ainsi au moment

où M. le D$_r$ Cornevin l'a vu, P... n'avait pas perdu connaissance, il était fort ému ce qui est le contraire de ce q u'o observe dans la commotion cérébrale même un certain temps après, le blessé a repris connaissance, il est resté dans l'hébétude, dans la stupeur, et ne conserve aucun souvenir ou qu'un souvenir confus de l'accident.

Combien de temps après l'accident M. le Dr Cornevin a-t-il vu le blessé? Le premier témoin de l'enquête M. Anselme Léon dit: « J'ai entendu dire que M. le Dr C... qui avait vu P... immédiatement après l'accident l'avait trouvé évanoui ». Nous venons d'entendre M. le Dr C... déclarer lui-même que P... était fort ému au moment où il l'a vu pour la première fois.

Voici, d'ailleurs, ce que disent les témoins de l'accident:

*Contre-enquête. — Benoist :* « P... n'a pas été atteint directement, mais par ricochet, il est tombé à genoux, n'a pas perdu connaissance. Benoist s'est précipité, l'a assis sur un sac, est allé chercher le Dr C... Lorsqu'il revint, P... était déjà rentré chez Paillotet. Pas plus de 20 minutes pour aller chercher le Dr C...; arrivé avec le médecin P... avait sa connaissance lorsqu'on l'a emmené chez Paillotet, il voulait y aller seul ».

Ainsi le Dr C... a vu P... 20 minutes environ après l'accident. Il avait à ce moment le Dr C... l'a déclaré, si même on récusait les autres témoignages, toute sa connaissance, il était même fort ému.

Il ressort de ces déclarations que P... n'a pas présenté les symptômes de la commotion cérébrale et nous ne comprenons point que M. le Dr Bellet ait si facilement

admis l'existence de cette complication dont on ne retrouve aucune preuve dans le récit des témoins oculaires de l'accident.

Quels sont donc les phénomènes qu'a présenté P... au moment de l'accident ? Ils sont très bien décrits par Broch, un des témoins de la contre-enquête : « J'ai vu, dit-il, P... aussitôt après l'accident, il était très pâle, il est resté pendant dix minutes ou un quart d'heure très mal, on lui a fait prendre un peu d'eau-de-vie avec du sucre ; il a déclaré que cela lui faisait du bien : ses camarades l'ont pris sous le bras et l'ont emmené. »

Ces accidents ont simplement été des troubles syncopaux, si fréquents dans les contusions violentes de la paroi thoracique : pâleur, anxiété, petitesse du pouls sans perte de connaissance, tout cela s'atténuant et se dissipant au bout de quelques minutes, sous l'influence de cordiaux.

D'ailleurs nous pouvons le répéter le genre de traumatisme qui a atteint P... exclut, presque par lui-même, un retentissement sur l'encéphale. Nous ne connaissons pas de cas, nous ne pouvons même guère le concevoir, où un coup porté sur la poitrine ait pu déterminer la commotion cérébrale. Une violence capable d'amener ce résultat aurait auparavant épuisé son action sur la poitrine, en déterminant du côté des poumons et du cœur des lésions incompréhensibles avec l'existence.

De tout ce qui précède nous concluons d'une façon formelle :

1° Que P... au moment de l'accident n'a présenté aucun signe de commotion cérébrale, aucun symptôme faisant

supposer un retentissement de la violence qu'il a subie sur son encéphale.

2° Que la paralysie générale chez P... ne peut être rapportée ni à un épanchement ni à une lésion quelconque déterminée par l'accident, lésion qui agissant comme une épine aurait pu favoriser le développement de l'inflammation chronique dont l'accompagne la paralysie générale.

3° La paralysie générale à laquelle a succombé P. ne saurait ni de près ni de loin être attribuée à l'accident du 22 juin 1892.

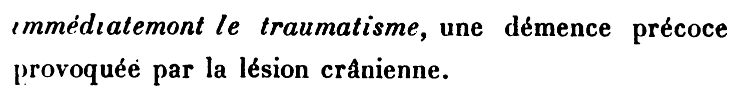
Paris, le 6 décembre 1895.

Signé : Magnan, Berger.

### 5. — *Démence d'origine traumatique.*

C'est un fait connu depuis les recherches de Griesinger, Schlagèr et Skae, que les vésanies traumatiques ont une tendance très marquée à se terminer en démence. Mais il faut chercher à connaître le chemin parcouru entre le coup initial et la démence terminale.

Nous avons actuellement déjà parlé de la paralysie générale, épilepsie et la dégénérescence, mais la démence peut aussi se développer sous la forme d'une confusion mentale, une manie ou une mélancolie, comme il résulte encore quelques cas rares où la *démence suit à peu près*






*immédiatemont le traumatisme,* une démence précoce provoquée par la lésion crânienne.

*La confusion mentale* (Amentia, Meynert), a été mentionnée par Esquirol, Georget, Etoc-Demazy et Quislain, considéré par Baillarger comme une variété de la mélancolie. Delasiauve l'a divisé en différents groupes et Dagonet, Seglas et Chaslin ont les premiers en France bien mise cette forme ou ces formes en lumière.

*Chaslain* (1), en citant des observations mentionne un cas où quatre ou cinq ans avant l'internement à l'asile, le malade avait dans une rixe fait une chute sur la tête. La même année il avait contracté une syphilis.

D'après Meynert, l'affaiblissement, l'épuisement et la dénutration sont les caractéristiques de cet état.

Il est facile à comprendre qu'une lésion cérébrale grave peut bien devenir le point de départ de cet état. Il y a beaucoup de ressemblance avec les délires post-opératoires. Lorsque la confusion mentale est disparue, il reste très souvent une amnésie plus ou moins prononcée.

On le comprend facilement en se souvenant de l'opinion de Motet (2), au sujet de l'étiologie de l'amnésie, « toutes les causes dépressives et débilitantes peuvent devenir des causes d'amnésies. »

Dans les thèses de Féré et de Rouillard, on trouve aussi des cas ou l'amnésie était mêlée à de la confusion, suivie de tendance à la démence.

*La manie traumatique.* — On a très souvent mentionné

1. *Annales médico-psychol.*, 1892.
2. *Union médicale*, 18 juin 1879.

des cas où une lésion crânienne a provoqué un état maniaque avec tendance soulignée à la violence.

Quelquefois il se développe une manie périodique qui finit par de la démence.

Un traumatisme crânien vers la cinquantième année provoque parfois une démence sénile précoce par changement d'os, de la substance cérébrale ou des vaisseaux cérébraux.

*La mélancolie traumatique.* — Cette forme est presque niée par Skae.

Au contraire un autre auteur anglais, Mickle, prétend en avoir vu pas mal de cas.

Après les observateurs norvégiens Holm Jürgensen, Lindboe, Platou et Selmer, on ne voit pas rarement des dépressions mélancoliques, tendance au suicide, etc., se développer après des lésions crâniennes. Nous avons observé un cas à l'asile Sainte-Anne où M. Magnan avait donné le certificat suivant :

« Léger affaiblissement mental avec dépression mélancolique, préoccupations hypochondriaques. Tendance au suicide par intervalles » (Observ. n° ).

*Dubuisson* (1) croit que la folie mélancolique consécutive au traumatisme est moins fréquente que la manie et qu'on rencontre souvent l'hérédité dans les antécédents de ceux qui en sont atteints : « On peut dire que le traumatisme ne fait que réveiller la prédisposition héréditaire et accroître sa puissance. Toutefois il n'est pas

1. *Op. cit.*






moins vrai qu'il joue dans certains cas un rôle très important. »

Pour ce qu'ont vu les observateurs norvégiens on peut admettre la seconde partie de cette affirmation (hérédité), mais la première ne se vérifie pas.

# CHAPI

OBSERVATIONS SUR LES FO

| Nos Diagnostic | Auteur | Complication | Sexe et âge | a) Quelle sorte de lésion b) Région du crâne lésée |
|---|---|---|---|---|
| Observ. N° I. — Idiotie traumatique. | Wulff (*op. cit*). | Aucune mentionnée. | Garçon. | *La mère a fait une chute* dans un escalier deux semaines avant l'accouchement. |
| N° II. — Idiotie traumatique accompagnée d'attaques épileptiques. | Coch de Copenhague (*op cit*). | Aucune mentionnée. | Garçon. | Plaie considérable causée par une *application de forceps suivi d'une lésion sur* la région pariétale gauche. |




TRE IV

LIES D'ORIGINE TRAUMATIQUE.

| Symptômes immédiats | Symptômes postérieurs ? | Issue |
|---|---|---|
| La mère a eu des douleurs au bas-ventre, a été alitée après l'accident. | (L'accouchement à terme, normal). L'enfant flasque, débile, des cris, des vomissements, dort presque toujours. Difficile à nourrir. *A trois mois :* des crampes, peu après ptyalisme. *A 12 mois*, on observe, qu'il n'entend pas. Les extrémités inférieures presque immobiles les muscles atrophiés. Des manifestations du côté psychique ne sont presque pas observées. | *Mort :* à 8 ans d'un marasme progressif. *Autopsie :* Leptoméningite chronique diffuse. Porencéphalie. Hydrocéphalie chronique interne. |
| L'enfant est né presque asphyxié. Hémorrhagie. | Le côté droit du visage était plus flasque que l'autre ; bras droit paralysé comme la jambe droite. Les manifestations intellectuelles très restreintes. Attaques épileptiques tous les 2-3 mois. | *Mort :* à 33 ans. *Poids du cerveau :* 1185 gramme . *Autopsie :* fracture cicatriciée de l'os pariétal gauche. Pie-mère gauche par endroit très adhérente au cerveau. Hémisphère gauche plus petit et plus étroit que l'hémis- |

| Nos Diagnostic | Auteur | Complications | Sexe et âge | a) Quelle sorte de lésion b) Région du crâne lésée |
|---|---|---|---|---|
| Observ. N° III. — Idiotie traumatique. | Brown. (West-Riding) Lunatic asylum. *Medical report.* Vol. I and II. | Aucune mentionnée. | Garçon. | Accouchement très prolongé et difficile. |





| Symptômes immédiats | Symptômes postérieurs | Issue |
|---|---|---|
| | | phère droit. Sur la surface des deux il y avait des grains très nombreux de différentes grandeurs jusqu'à celle d'une cerise. *Examen microscopique:* Les couches superficielles du cortical par endroit épaissies jusqu'aux petits grains de 2 millim. avec une augmentation de noyaux. Des cellules ganglionnaires éparses, ratatinées, sans noyaux distincts et sans ramifications. Tissu connectif avec beaucoup de noyaux. |
| Bosse séro-sanguine extrêmement développée | Presque pas de signes de vie, il ne cria que plusieurs heures après la naissance ; ne têta qu'après plusieurs jours. Dans les premiers trois mois il avait des secousses spasmodiques. Il ne marcha qu'à l'âge de 3 ans et très difficilement. Articulation entravée. Intelligence très réduite. Gâteux et méchant. Forme conique de la tête. Strabisme convergent. | A l'âge de 10 ans : Considéré comme inguérissable. |

| Nos Diagnostic | Auteurs | Complications | Sexe et âge | a) Quelle sorte de lésion b) Région du crâne lésée |
|---|---|---|---|---|
| Observ. N° IV. — Idiotie traumatique compliquée. | Personnelle. | Père alcoolique. Tante maternelle aliénée. Masturbation. | Garçon 6 mois. sain | Chute du bras de sa bonne à 6 mois, heurtant la partie occipitale gauche contre un coin du berceau. |
| N° V. — Idiotie traumatiq. compliquée suivie d'épilepsie. | Skae (Irrenfreund B 9-52). | Grand'mère paternelle aliénée. | Garçon 5 ans Sain. | Un coup de règle donné par son maître derrière une oreille. |
| N° VI. — Idiotie traumatique suivie de la chorée partielle. | Fürbringer. cité par Guder (*op. cit.*). | Aucune. | Fille. 8 ans. Saine. | Coup de règle d'un maître sur un peigne porté dans les cheveux. |





| Symptômes immédiats | Symptômes postérieurs | Issue |
|---|---|---|
| Pas de plaies extérieures. Resteplusieurs heures sans connaissance. | Le sommeil troublé par des cris perçants. Moins d'intérêt, pour son hochet, pantin et d'autres joujoux. Apprit à marcher à 3 ans, très souvent gâteux. L'ouïe est réduite. Méchant envers ses sœurs et frères. A six ans il a commencé à se livrer à une masturbation acharnée. | 12 ans : A été traité dans un établissement d'enfants arriérés sans aucune amélioration. |
| Gonflement, ecchymose de la partie lésée. | La nuit suivante il commençait à crier en dormant. Le jour après changement de caractère. Quelques jours après aphasique. L'aphasie a duré six semaines. Ni paralysie ni crampes. Il devint gâteux et idiot. *A 14 ans, attaques épileptiques.* | ***Mort*** à 15 ans (dans une attaque épileptique suivie d'un état comateux. *Autopsie :* Arachnoïde épaissie et troublée dans la partie cérébelleuse. Un peu de fluide dans l'espace sous-arachnoïdien. |
| Une plaie. Un peu d'hémorrhagie. La plaie s'est guérie facilement. | Peu de temps après, on a remarqué qu'elle a changé de caractère : elle ne voulait plus jouer avec les autres enfants. Maux de tête, vomissements, manque de mémoire. Elle a graduellement perdu la parole ; des mouvements choréïques se sont développés dans les bras et la jambe droite. La sensibilité du même côté est diminuée. Le sens de la vue est réduit pour l'œil droit. | ***Morte*** en dehors de l'hôpital. (L'âge n'est pas indiqué). |

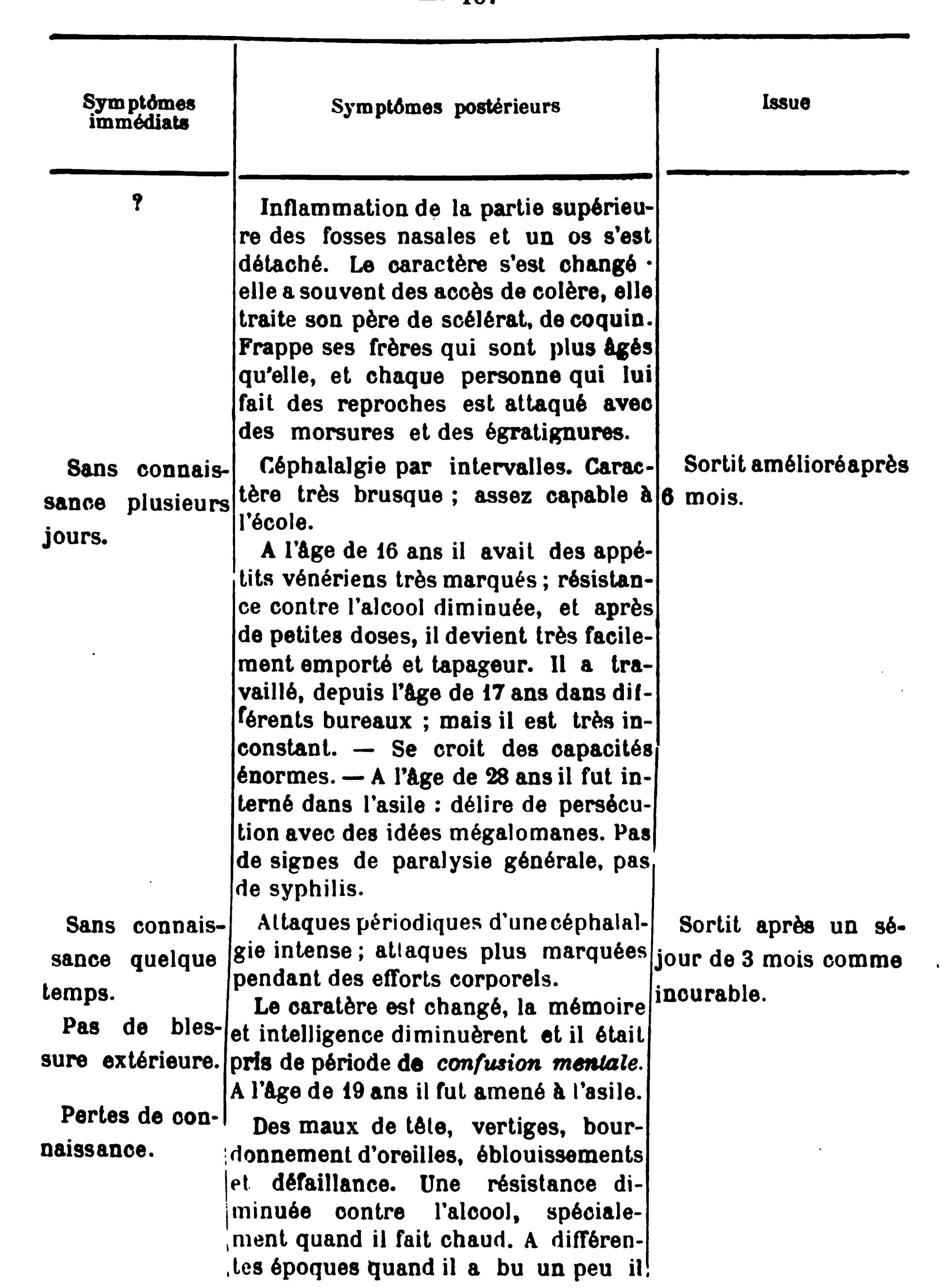
| N°s Diagnostic | Auteurs | Complications | Sexe et âge | Quelle sorte de a) lésion. b) Région du crâne lésée. |
|---|---|---|---|---|
| N° VII. — Dégénérescence traumatique (arriéré) | Guermonprez (*Archives gén. de médecine* août 1882). | Aucune mentionnée. | Garçon 3 ans. Sain. | Chute du haut d'une chaise élevée la tête (partie frontale gauche) portant sur l'angle d'une table de bois. |
| N° VIII. — Dégénérescence traumatique se terminant dans la démence. | Lange. *Maladies mentales*. Copenhague, 1894, page 238. | Aucune mentionnée. | Homme 20 ans sain. | Coup de pied d'un cheval. Tempe gauche. |





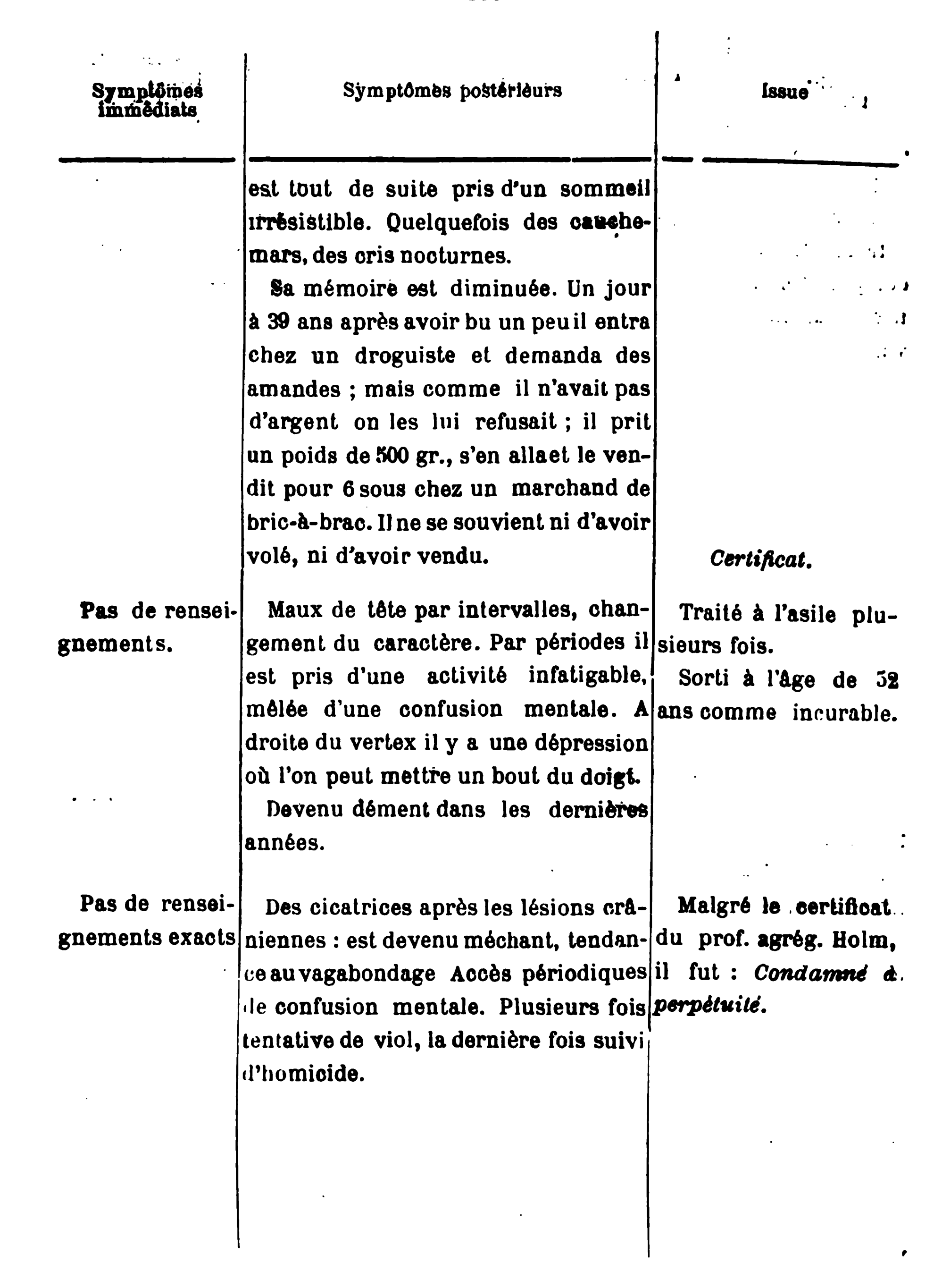
| Symptômes immédiats | Symptômes postérieurs. | Issue |
|---|---|---|
| Aucune plaie n'a été constatée. | Quelques jours après l'enfant fut pris de convulsions et de contractures qui durent six semaines; jamais repris depuis. Son caractère est devenu remarquablement impérieux, violent, tenace, méchant. Il frappe sans la plus légère provocation et a par instants des accès de fureur indomptable. Il est ingouvernable, manque de disposition pour écouter les avis et se laisser guider, soupçonneux, extrêmement crédule, d'une sauvagerie insolite pour son âge. Comprend difficilement, retient mal. Intelligence notablement moindre que les enfants de son âge. Mémoire très paresseuse. | A 10 ans, considéré comme incurable. |
| Pas de renseignements. | Céphalalgie par intervalle. Changement du caractère: il est devenu irritable, malin et a très souvent des accès de colère pour presque rien. Il a tenté d'étrangler sa femme et a battu ses enfants. Par intervalles des périodes de vagabondage. Manque de résistance contre les boissons alcooliques. Dans les derniers temps, une diminution considérable de ses facultés intellectuelles. | *A 38 ans :* Considéré comme incurable. |

| N° Diagnostic | Auteurs | Complications | Sexe et âge | *a*) Quelle sorte de lésion *b*) Région du crâne lésée |
|---|---|---|---|---|
| N° IX. — Dégénérescence traumatique. | Guislain (*Leçons sur les phrénéopathies*). | ? | Fille 3 ans. | Coup d'une canne sur la partie supérieure du nez. |
| N° X. — Dégénérescence traumatique compliquée. | Personnelle (asile de Bergen). | Une tante maternelle aliénée. | Garçon 6 ans. | Chute du troisième étage. Parties pariétales. |
| N° XI. — Dégénérescence traumatique, confusion mentales périodique, marche vers la démence. | Selmer, asile de Rotvold (inédite). | Aucune. | Garçon 9 ans. | Chute d'un cheval contre une pierre. Occiput. |
| N° XII. — Dégénérescence traumatique compliquée, *amnésie* par intervalles, manie de vol. | Pontoppidan (*Ugeskrift for retsvœsen* 1893, n° 1 et 2). | Père : aliéné Frère : épileptique. | Garçon acrobate. Depuis l'âge de 13 ans. | Il est tombé plusieurs fois ; chutes des barres à suspensions. Une fois tombé d'un aérostat dans l'eau. |



| Symptômes immédiats | Symptômes postérieurs | Issue |
|---|---|---|
| ? | Inflammation de la partie supérieure des fosses nasales et un os s'est détaché. Le caractère s'est changé · elle a souvent des accès de colère, elle traite son père de scélérat, de coquin. Frappe ses frères qui sont plus âgés qu'elle, et chaque personne qui lui fait des reproches est attaqué avec des morsures et des égratignures. | |
| Sans connaissance plusieurs jours. | Céphalalgie par intervalles. Caractère très brusque ; assez capable à l'école.<br>A l'âge de 16 ans il avait des appétits vénériens très marqués ; résistance contre l'alcool diminuée, et après de petites doses, il devient très facilement emporté et tapageur. Il a travaillé, depuis l'âge de 17 ans dans différents bureaux ; mais il est très inconstant. — Se croit des capacités énormes. — A l'âge de 28 ans il fut interné dans l'asile : délire de persécution avec des idées mégalomanes. Pas de signes de paralysie générale, pas de syphilis. | Sortit amélioré après 6 mois. |
| Sans connaissance quelque temps.<br>Pas de blessure extérieure. | Attaques périodiques d'une céphalalgie intense ; attaques plus marquées pendant des efforts corporels.<br>Le caratère est changé, la mémoire et intelligence diminuèrent et il était pris de période de *confusion mentale.* A l'âge de 19 ans il fut amené à l'asile. | Sortit après un séjour de 3 mois comme incurable. |
| Pertes de connaissance. | Des maux de tête, vertiges, bourdonnement d'oreilles, éblouissements et défaillance. Une résistance diminuée contre l'alcool, spécialement quand il fait chaud. A différentes époques quand il a bu un peu il | |

| Nos Diagnostic | Auteurs | Complications | Sexe et âge | a) Quelle sorte de lésion b) Région du crâne lésée |
|---|---|---|---|---|
| | | | | Différentes parties de la tête ont été lésées. |
| N° XIII. — Dégénérescence traumatique, périodes de confusion mentale. Démence. | Selmer. | Aucune | Garçon. Pendant la jeunesse. | Un coup de poutre au vertex. |
| N° XIV. — Dégénérescence traumatique, périodes de confusion mentale, tentative de viol, homicide. | Holm, asile de Christiania. | Hérédité collatérale. | Garçon. Pendant l'enfance et l'adolescence. Maintenant : 30 ans. Autrefois marin. | Coups sur la partie frontale de la tête. |



| Symptômes immédiats | Symptômes postérieurs | Issue |
|---|---|---|
| | est tout de suite pris d'un sommeil irrésistible. Quelquefois des cauchemars, des cris nocturnes.<br>Sa mémoire est diminuée. Un jour à 39 ans après avoir bu un peu il entra chez un droguiste et demanda des amandes ; mais comme il n'avait pas d'argent on les lui refusait ; il prit un poids de 500 gr., s'en alla et le vendit pour 6 sous chez un marchand de bric-à-brac. Il ne se souvient ni d'avoir volé, ni d'avoir vendu. | *Certificat.* |
| Pas de renseignements. | Maux de tête par intervalles, changement du caractère. Par périodes il est pris d'une activité infatigable, mêlée d'une confusion mentale. A droite du vertex il y a une dépression où l'on peut mettre un bout du doigt.<br>Devenu dément dans les dernières années. | Traité à l'asile plusieurs fois.<br>Sorti à l'âge de 52 ans comme incurable. |
| Pas de renseignements exacts | Des cicatrices après les lésions crâniennes : est devenu méchant, tendance au vagabondage Accès périodiques de confusion mentale. Plusieurs fois tentative de viol, la dernière fois suivi d'homicide. | Malgré le certificat du prof. agrég. Holm, il fut : *Condamné à perpétuité.* |

| N°° Diagnostic | Auteurs | Complications | Sexe et âge | a) Quelle sorte de lésion b) Région du crâne lésée |
|---|---|---|---|---|
| N° XV. — Dégénérescence traumatique compliquée. Amnésie par intervalles. | Pontoppidan (*op. cit*). | Alcoolisme. | Garçon. 17 ans. | Chute d'un wagon. Partie frontale gauche. |
| N XVI. — Dégénérescence traumatique : Aphasique par intervalles, marche vers la démence. | Jacobson Copenhague. | Pas de syphilis Pas de stigmates de dégénérescence. | Ouvrier menuisier, 20 ans. | Chute d'un madrier long de 3-4 m. Partie frontale gauche. |
| N°XVII. — Dég. traumatique, délire de persécu- | Selmer. | Frère : aliéné. | Fermier, 26 ans. | Coup de pied au front. |





| Symptômes immédiats | Symptômes postérieurs | Issue |
|---|---|---|
| Pas de renseignements. | Plaie. Guérison aprèsqu'une esquille s'était dégagée. Une cicatrice déprimée marque le lieu blessé. Il a souvent des maux de tête circonscrits pour lesquels il a été traité à l'hôpital. Résistance diminuée contre l'alcool. A l'âge de 35 ans en passant une soirée dans un cabaret il commença sans motif à chercher querelle et frappa de plusieurs coups de couteau un autre consommateur. Arrêté il s'endormit tout de suite. Examiné le lendemain il se souvientd'être entré dans un cabaret, mais nie absolument se pouvoir souvenir qu'il a été en querelle ou avoir tué. Il ne reconnaît ni le cabaret ni le cadavre avec lequel il fut confronté. | En dépit d'un certificat du prof. Pontoppidan, il fut condamné à 7 ans de travaux forcés. |
| Sans connaissance pendant trois jours. | Alité encore quatorze jours. Le caractère est changé : il est devenu irritable, prend facilement feu, et a une tendance à la violence. Douleurs vagues et continuelles de la tête. L'oreille droite est devenue un peu dure, quelquefois la langue aphasique par intervalles. Sa mémoire est diminuée. Sommeil souvent troublé. | Après un séjour de quatorze jours à l'hôpital il est sorti non guéri. |
| Une heure sans connaissance. | Céphalalgie. Changement du caractère : irritable, maussade. Somnolence. Six mois après l'accident il fut amené à l'asile. | Après un séjour de huit mois il sortit de l'asile sans aucune amélioration. |

| Nos Diagnostic | Auteurs | Complications | Sexe et âge | a) Quelle sorte de lésion b) Région du crâne lésée |
|---|---|---|---|---|
| tion accès de confusion mentale. | | | | |
| N° XVIII. — Dégénérescence traumatique, excitation génésique, tentatives d'homicide. | Van Deventer (*op. cit.*). | Aucune. | Mécanicien, 35 ans. à 38 ans: | Coup contre un pont. Partie frontale gauche. Coup d'une lampe électrique. |
| N° XIX. — Dégénérescence traumatique, homicide mysophobie. Excitations génésiques. | Platon. Asile d'Eg. | Antécédents héréditaires inconnus. | Menuisier, 43 ans. | Egaré dans une forêt pendant une nuit il dégringola d'un rocher. Fracture de la base du crâne très vraisemblable. |





| Symptômes immédiats | Symptômes postérieurs. | Issue |
|---|---|---|
| | Il présenta un délire de persécution, accès de confusion et hallucination. | |
| Tombé un quart d'heure sans connaissance. La deuxième fois une heure sans connaissance. | Vertiges, maux de tête continuels. Changement du caractère. Appétits vénériens très marqués. Auparavant il coït seulement tous les quinze jours, après toutes les nuits. Brutal contre ses enfants et sa femme. Quand il a bu seulement un verre d'eau-de-vie, il devient agressif, a fait des tentatives pour tuer sa femme et ses enfants. | Traité dix mois à l'asile sans amélioration. |
| Trois jours après il fut trouvé sans connaissance où il était tombé. | Restait huit semaines dans un hôpital avant de reprendre connaissance. Peu à peu il guérit. Une année après l'accident il se maria (!) Sa femme avait remarqué qu'il avait très souvent des maux de tête terribles, avait de la difficulté pour travailler, très facilement accès de fureur. Toujours aimable avec sa femme Un jour après une altercation avec son beau-père (trois ans après son mariage), il tomba sans aucun motif sur sa femme et l'assomma avec un marteau. Il n'éprouva pas de repentir et ne pouvait non plus indiquer le motif. Il fut interné dans un asile et une sentence de non-lieu fut rendue. | *Interné à l'asile.* |

| Nos Diagnostic | Auteurs | Complications | Sexe et âge | a) Quelle sorte de lésion b Région du crâne lésée |
|---|---|---|---|---|
| N° XX. — Dég. traum. Tentative d'homicide, délire de persécution, idées de grandeur. Voyez les observ. n° LXIV LXV et LXXX. | Van Deventer. Utrecht, *op. cit.* | Frère névropathe. | Homme 65 ans : *A 71 ans.* | Dégringola un escalier très haut : fracture de la base du crâne. Chute dans un escalier. |
| N° XXI. — Epilepsie traumatique. Pyromanie. | Fritsch (Berl. *Klin. Wochenschrift*, 1871). | Aucune. | Garçon, 10 ans. | Chute dans une cave. Partie frontale droite. |

| Symptômes immédiats. | Symptômes postérieurs. | Issue. |
|---|---|---|
| | Après un séjour de quelques années il sortit de l'asile pour être traité dans sa famille. Mais il se montra tellement têtu, récalcitrant et menaçant qu'il était impossible de le garder. Comme règle générale, il ne parlait pas beaucoup, mais très obscènement. Nia avoir tué sa femme. Il fut réintégré à l'asile où il est depuis vingt ans. Il devient facilement furieux, agressif ; des idées de mysophobie sont très marquées: il porte toujours un tas de torchons avec lesquels il essuie toute la journée : bancs, tables, chaises, etc. | Encore à l'asile. |
| Sans connaissance pendant plusieurs jours. Fracture de deux côtes. | Alité dix-neuf semaines. Très souvent des douleurs dans la partie postérieure de la tête. Dur d'oreille. Changement du caractère ; maussade. emporté. Des hallucinations de l'ouïe se sont développées dans les dernières années. A l'âge de 83 ans il fut interné dans un asile parce qu'il avait fait une tentative d'homicide sur sa petite fille. Des idées de grandeur mêlées avec un délire de persécution. | Transféré dans un autre asile. |
| Perte de connaissance pendant plusieurs heures. | Deux semaines après la chute la première attaque épileptique. Puis tous les huit jours. | *Certificat.* |

| N°s Diagnostic | Auteurs | Complications | Sexe et âge | a) Quelle sorte de lésion b) Région du crâne lésée |
|---|---|---|---|---|
| N° XXII. — Epilepsie traumatique : accès de violence pré-et postépileptiques. | Hay (*American Lancet.* 1889 decem.) | Hérédité. | Fille, 10 ans. | Coup sur la partie frontale de la tête. |
| N° XXIII. — Epilepsie (larvée) traumatique : tendance à s'évader par moments | *Janchen Wiener med. Wohenblatt* 1887. | ? | Garçon, dans l'enfance. | |
| N° XXIV. — Epilepsie traumatique: tendance au vol avant les attaques. | Weiss. | Frère : alcoolique. Cousin : aliéné | Garçon, 12 ans. à 14 ans. | Chute d'un rocher Chute sur l'occiput. Encore une chute sur l'occiput. |

| Symptômes immédiats | Symptômes postérieurs | Issue |
|---|---|---|
| | Après quelque temps quotidiennement. Traité à l'hôpital sans résultat. A l'âge de 18 ans il était prévenu du crime d'incendiaire. | |
| Perte de connaissance. | Le lendemain attaques épileptiques. De l'âge de *10-15 ans*, attaques assez rares deux, trois fois par an. De *15 à 25 ans*, attaques épileptiques très fréquentes avec des périodes de violence avant et après les attaques. De *25 à 33 ans*, environ 100 attaques par mois (Aucun traitement ne réussit). | Morte à l'âge de 33 ans dans un status épilepticus. |
| ? | Ce lui était très difficile d'apprendre à l'école. Comme apprenti et puis comme soldat il fut pris de tendance à s'évader par moments. Quand il revint à lui il se présenta tout de suite chez son supérieur. | Certificat. |
| Cinq jours sans connaissance. Attaques épileptiques immédiatement. | Huit semaines alité. Très souvent des vertiges et des maux de tête. Maux de tête horribles. Toutes les deux, trois semaines des attaques épileptiques. Avant l'attaque il a quelquefois une tendance irrésistible au vol. D'autres fois il crie : « Mère laisse-moi tranquille ». Prend quelque chose | Certificat. |

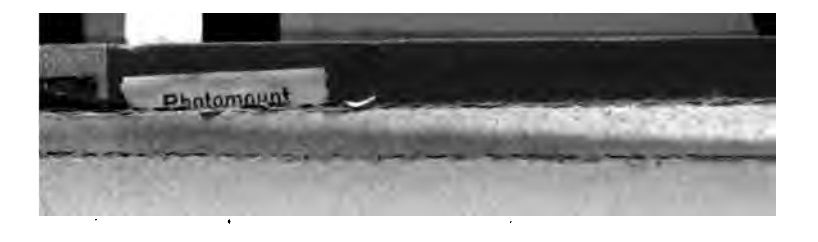
| N°s Diagnostic | Auteurs | Complications | Sexe et âge | a) Quelle sorte de lésion b) Région du crâne lésée |
|---|---|---|---|---|
| N° XXV. — Épilepsie traumatique compliquée. Confusion, tentative de se molester ? | Personnelle (Asile Sainte-Anne). | Stigmates de dégénérescence. *Mère :* un peu nerveuse. 11 enfants : cinq morts, un d'une méningite, les autres de maladies d'enfants. Jamais il n'a été malade avant la chute. Emotion morale. | Garçon 14 ans. | Chute d'une maison à la hauteur d'environ trois étages (en escaladant par les briques). |
| N° XXVI. — Épilepsie traumatique compliquée, suivi de la confusion mentale et des hallucinations. | Holm. Christiania. | Tante maternelle épileptique. Frère : tic convulsif. | Garçon 15 ans. | Coup de poing à la région pariétale pendant le sommeil. |






| Symptômes immédiats | Symptômes postérieurs. | Issue |
|---|---|---|
| | qui se trouve sous ses mains et se précipite hors de la porte. Après il n'a pas de souvenir de ce qu'il a fait. | |
| Fracture de la base du crâne ? 15 jours sans connaissance. | Un mois alité. Cécité complète de l'œil gauche. *A l'âge de 20 ans* sans avoir eu auparavant ni éblouissements, ni vertiges, ni migraines, un jour en rentrant de jouer avec ses camarades, il est tombé pour la première fois. Ne buvait pas. Pas de syphilis. Il ne revint à lui qu'après 3/4 d'heure.<br>L'attaque débute par des épistaxis. Plutôt le jour que la nuit.<br>*A 23 ans* (le 8 janv. 1896) il a perdu son frère.<br>*Le 10 janvier :* 3 attaques terminées avec délire, hallucinations : il a vu des flammes, entendu des bruits.<br>Il voullait s'en aller, se battait.<br>*Le 12 janvier :* interné à l'asile. | Transféré à Villejuif. |
| Pas de renseignements. | Cinq mois après : attaques de mouvements non fondés ; il jeta ce qu'il avait dans les mains sans complètement perdre la connaissance. Peu à peu les attaques se sont manifestées comme vraiment épileptiques.<br>Douze ans après l'accident il est interné dans l'asile ; confusion mentale post-épileptique, violence et morosité. Hallucinations de l'ouïe et de la vue. | Interné à l'asile. |

| Nos Diagnostic | Auteurs | Complications | Sexe et âge | Quelle sorte de a) lésion. b) Région du crâne lésée. |
|---|---|---|---|---|
| Nº XXVII. — Epilepsie traumatique. Amnésie par périodes. Actes bizarres. | Wagner. (*Jahrbücher für Psychiatri* 1887). | Aucune. | Garçon 16 ans. | Chute. Partie pariétale gauche. |
| Nº XXVIII. — pilepsie traumatique compliquée | Dubuisson (*op. cit.*). | Mère : hystérique, alcoolique. | Garçon, 17 ans. | Chute sur la tête d'une hauteur de 10 mètres. |
| Nº XXIX. — Epilepsie traumatique. | Winge. Asile de Christiania. | | Garçon, Apprenti forgeron, 18 ans. | Coup sur la tête. |





| Symptômes immédiats | Symptômes postérieurs. | Issue |
|---|---|---|
| Perte de connaissance. | Peu de temps après commencent des maux de tête, aggravés pendant la chaleur ou quand il était un peu excité.<br>Cicatrice linéaire, d'où irradiaient les douleurs de la tête. La cicatrice était tellement sensible qu'il lui était impossible de se peigner. Changement du caractère. Par périodes perte de la mémoire pendant lesquelles il fait des actes très bizarres. | ? |
| Resté trois semaines sans connaissance. | Peu de temps après, des vertiges suivis d'attaques épileptiques. Il avait perdu complètement la mémoire qui se rétablit peu à peu en restant toujours faible. Douleurs vives au niveau de l'endroit lésé. De temps en temps il éprouvait des absences. A la suite de revers de fortune et chagrins de famille il s'adonna aux excès alcooliques. Se trouvant en état d'ivresse il a été illusionné et a voulu frapper de sa canne à épée. Il fut désarmé et conduit à l'asile. | Interné à l'asile. |
| ? | Quelque temps après la lésion il a commencé à avoir des attaques épileptiques en progression tant à l'intensité qu'au nombre. Il est devenu très dangereux et agressif et douze ans après on a été forcé de l'interner dans | *Mort :* à 39 ans.<br>*Autopsie :* La pie-mère et l'arachnoïde un peu épaissies. Adhérence à la dure-mère. Les circonvolutions, |

| Nos Diagnostic | Auteurs | Complications | Sexe et âge | a) Quelle sorte de lésion. b) Région du crâne lésée. |
|---|---|---|---|---|
| Nº XXX. — Epilepsie traumatique compliquée. Accès de violence et de confusion mentale. | Leidesdorf. (*Wiener med. Wochenschrift*, 1887). | *Père :* éthylique. *Mère :* aliénée. | Femme 22 ans. | Coup d'un fourneau de pipe. Partie pariétale. |
| Nº XXXI. — Epilepsie traumatique, démence. | Personnelle Asile de Bergen. | Aucune. | Fermier, 30 ans. | Coup de couteau. Partie temporale droite. |

| Symptômes immédiats | Symptômes postérieurs | Issue |
| --- | --- | --- |
| | l'asile où il est resté neuf ans. Dans les derniers temps il a presque perdu sa mémoire mais il a toujours conservé ses périodes de violence. *Examen microscopique :* Atrophie, sclérose et dégénérescence dans toutes les circonvolutions, excepté lobe occipital. Les cellules ganglionnaires avec dégénérescence pigmento-graisseuse. Dégén. des faisceaux du lobe frontal. | excepté celles du lobe occipital, un peu atrophiées. Pas de trace de violence sur le crâne. *Poids du cerveau :* 1210 gr. |
| Sans connaissance pendant 24 heures. | Le lendemain attaques épileptiques qui se répétaient deux, trois fois par semaine, suivies très souvent de violence sans mémoire du passé ou bien de confusion mentale de courte durée. Une pression sur la cicatrice pouvait produire une attaque. | ? |
| Hémorrhagie abondante. Perte de connaissance. | Douleurs de tête très intenses de durée de plusieurs heures jusqu'à des semaines. Attaques de perte de connaissance et de la mémoire croissant les derniers 15 ans (Il a maintenant 67 ans). Pas de crampes. Dans les derniers temps attaques de confusion mentale avec agitation. | Amélioré après un traitement de bromure de potassium. |

| N°s Diagnostic | Auteurs | Complications | Sexe et âge | a) Quelle sorte de lésion b) Région du crâne lésée |
|---|---|---|---|---|
| N° XXXII. — Epilepsie traumatique. Confusion mentale, accès de violence. | Personnelle | Un peu éthylique. | Coq marin, 30 ans. | Chute d'une pile d'assiettes. Partie pariétale droite. |
| N° XXXIII. — Mélancolie traumatique compliquée. | Lindboe. | Père mélancolique : Frère : épileptique. | Chef de scieurs de bois, 35 ans. | Coup d'un tuyau de fer sur la partie temporale gauche. |





| Symptômes immédiats | Symptômes postérieurs | Issue |
|---|---|---|
| Perte de connaissance. Hémorrhagie. | Maux de tête, vertiges. Changement de caractère. Quand il boit un peu il est pris d'attaques épileptiques suivies de violence et de confusion mentale. Traité plusieurs fois dans l'asile : entre la prem. fois six mois après l'accident. Une dépression très sensible se trouve 2 centimètres à droite de la suture sagittale. Dix-huit mois après l'accident on a fait la *trépanation* et il était sans attaques pendant sept mois. Maintenant on prétend que les attaques se sont renouvelées. | |
| Vertige. Sensation d'une pression d'air dans l'oreille gauche. | Le lendemain : céphalalgie très intense dans la moitié gauche de la tête. *Deux jours après :* une épistaxis profuse par la narine gauche, suivie de somnolence et confusion mentale. Il se développa une *otitis media suppurativa sinistra.* En même temps des idées mélancoliques. Tendance au suicide, avec une hache il se fait différentes fractures du crâne suivies tout de suite d'attaques épileptiques, répétées plusieurs fois par jour. Amnésie. Céphalalgie intense. Il fut amené à l'asile : confusion mentale mêlée d'idées vagues de persécution : peur d'être empoisonné. La mémoire est diminuée. | Reste à l'asile. On espère une guérison. |

| N°s Diagnostic | Auteurs | Complications | Sexe et âge | a) Quelle sorte de lésion b) Région du crâne lésée |
|---|---|---|---|---|
| N° XXXIV. — Délire hallucinatoire traumatique. | Holm. | ? | Bonne 36 ans. | Coup sur la tête et au visage. Attaque imprévue pendant la nuit. |
| N° XXXIV (*bis*). — Epilepsie traumatique compliquée. Accès de violence, confusion mentale. Amnésie. | Jacobson. | Coup de chaleur. | Marin 4 ans. | Chute d'un mât. Os pariétal droit. |
| N° XXXV. — Epilepsie Jackonnienne, confusion mentale, démence. | Selmer. | Aucune. | Bonne 42 ans. | Renversée par une voiture et blessure sur l'os pariétal gauche. |

| Symptômes immédiats | Symptômes postérieurs | Issue |
|---|---|---|
| | Inégalité pupillaire, il a été traité depuis deux ans à l'asile : | |
| Commotion cérébrale. | Sans connaissance huit jours, un an après elle a perdu son sommeil, se croyait perdue, devint inquiète, hallucination de l'ouïe et de la vue, idées de persécution. Sitophobie, crainte d'être empoisonnée. Confusion mentale. Période de stupeur de huit jours, suivie d'idées vagues mégalomanes. Manie de vol. Du côté droit de la suture sagittale il y a une cicatrice longue de dix centimètres, très adhérente à l'os. | Sortie guérie après un séjour à l'asile de quatre mois. |
| Hémorrhagie, pas d'autres renseignements. | Sans avoir eu auparavant ni vertiges ni migraine il a subitement après avoir travaillé toute la journée exposé aux rayons vifs d'un soleil ardent (il n'avait pas bu) commencé à avoir des crampes universelles suivie d'accès de violence et de terreur, confusion mentale. Amnésie complète. | Quitté l'hôpital comme *amélioré* après un séjour de quelques jours. |
| Perte de connaissance pour « quelq. temps ». Hémorrhagie de l'oreille gauche. | Après un séjour de six semaines elle sortit guérie de l'hôpital où elle avait été conduite tout de suite après l'accident. Peu de temps après la sortie il se manifesta des crampes Jacksonniennes. En même temps elle devint | *Morte* à 46 ans. *Autopsie:* Un kyste de la grosseur d'un œuf de pigeon est trouvé dans le lobe frontal droit. La partie entou- |

| Nos Diagnostic | Auteurs | Complications | Sexe et âge | a) Quelle sorte de lésion b) Région du crâne lésée |
|---|---|---|---|---|
| No XXXVI. — Idées mélancoliques. Hallucination de la vue et de l'odorat. Délire religieux. Crainte d'être empoisonné. Idées mégalomanes. | Dahl *De sindssyge i-Norge.* Christiana. Obs. 26. | Hérédité chargée. Masturbation. | Garçon. Pendant l'enfance. | Coup d'un pied jauge. Tube pariétal gauche. |
| N° XXXVII. — Mélancolie traumatique compliquée mêlée d'idées érotiques et hypocondriaques. Excitations génésiques très vraisemblables. Terminée en démence. | Jürgensen. | Rhumatisme aigu suivi d'insuffisance mitrale. | Garçon, 9 ans. | Coup violent sur la tête. Partie pariétale. |

| Symptômes immédiats | Symptômes postérieurs | Issue |
|---|---|---|
| | irritable, capricieuse avec confusion et agitation. Les derniers mois de sa vie elle était traitée à l'asile : devint démente et apathique. Mourut dans un état de somnolence. | rante un peu ramollie et brunâtre. |
| Perte de connaissance. Hémorrhagie. | Faiblesse générale pour quelque temps. Vertiges par intervalles. A 16 ans il a commencé à se masturber. Dans le dernier temps il a observé une spermatorrhée très abondante après la défécation ou après avoir uriné. Des idées de tristesses, angoisses, délire religieux, halluciné, il a vu Jésus-Christ, le bon Dieu sous la forme d'un pigeon. Hallucination de l'odorat. Après quelque temps : crainte d'être empoisonné, mêlée d'idées mégalomanes. | ? |
| Perte de connaissance. | Peu de temps après des maux de tête périodiques. Deux ans après l'accident un rhumatisme aigu suivi d'une insuffisance mitrale. Peu à peu il s'est développé un délire mélancolique, mêlé à des idées hypocondriaques érotiques. Excitation génésique. La démence s'est complétée à 30 ans. | *Mort* à 33 ans. Autopsie refusée. |

| Nos Diagnostic | Auteurs | Complications | Sexe et âge | Si quelle sorte de lésion à Région du crâne lésée |
|---|---|---|---|---|
| N° XXXVIII. — Mélancolie périodique traumatique. | Jacobson. | Aucune. | Garçon, 13 ans. | Chute d'un échafaudage. |
| N° XXXIX. — Mélancolie traumatique compliquée terminée en démence. | Jörgensen asile de Bergen. | Sœur : aliénée. Nièce dégénérée. | Garçon, 16 ans.<br><br>8 mois après : | Pendant le jeu à l'école : un coup de battoir à la tempe gauche.<br>Coup d'une crosse de fusil sur l'occiput. |
| XL. — Mélancolie traumatique compliquée. Hallucination de l'odorat (mas | Lindboe asile de Gaustad (Norwège | Tante maternelle : aliénée. Oncle paternel : aliéné. Cousin germain s'est suicidé. | Fils d'un petit fermier, 20 ans. | Chute sur la partie frontale. |

| Symptômes immédiats. | Symptômes postérieurs. | Issue. |
| --- | --- | --- |
| Lésions très graves (pas de renseignement spécial). | Céphalalgie intense. Peu de temps après il devint taciturne, sombre, renfermé. Attaques de désespoir avec tentatives de suicide, mêlées d'attaques de violence. | Traité plusieurs fois. |
| Tombé à terre. Défaillance. Perte de connaissance. | Il fut porté dans une salle d'école mais en revenant à lui il ne pouvait se rappeler le nomni de ses camarades, ni de ses maîtres. Après ces accidents il se plaignait très souvent de maux de tête. Le maux de têtes devinrent de plus en plus intenses et il lui semblait en même temps sentir comme un mouvement de cervelle. Peu à peu il se développa des idées tristes, tendances au suicide, sitophobie et il fit son entrée à l'asile à l'âge de vingt-deux ans. Pendant des années (il a maintenant 52 ans) il a été traité à de petits intervalles à l'asile depuis longtemps. | Tombé dans la démence. |
| Pas de renseignements. | Peu de temps après il fut pris d'une céphalalgie intense. ***Quatre cinq mois après l'accident :*** il a perdu le sommeil, est devenu triste, angoissé. Hallucination de l'ouïe, de la vue et de l'odorat (masturbation) ? Quelquefois accès de fureur. ***8 mois après l'accident***, il fut amené à l'asile : idées mélancoli- | ***Amélioré.*** |

| Nos Diagnostic | Auteurs | Complications | Sexe et âge | a) Quelle sorte de lésion b) Région du crâne lésée |
|---|---|---|---|---|
| XLI. — Mélancolie (avec stupeur) traumatique compliquée. Excitation génésique. | Lindboe. | Tante aliénée. Masturbation. | Apprenti tanneur, 21 ans. | Coup sur la tête |
| N° XLII. — Mélancolie agitée traumatique. | Selmer. | Une bisaïeule aliénée. | Paysan, 21 ans. | Un coup au front par une pince qui éclata. |
| N° XLIII. — Mélancolie traumatique périodique. | Schüller. | Aucune. | Bonne, 26 ans. | Chute d'un grenier à foin. Régions pariétale et frontale. |

| Symptômes immédiats | Symptômes postérieurs | Issue |
|---|---|---|
| | ques mêlées de confusion mentale, angoisse : un serpent rampe dans son corps. Les symptômes se sont améliorés et après un séjour de 6 mois il a quitté l'asile sur la demande de ses parents. | |
| Pas de renseignements. | Trois mois après il se développa un état de dépression mélancolique : il devint taciturne, se masturba, se déshabilla. Hallucination de l'ouïe : il voyait le diable et ses anges ; accès de fureur, mêlés de stupeur et salivation.<br>Amené à l'asile un an après l'accident il a présenté une mélancolie avec stupeur, des accès d'agitation et de masturbation. | Quitte l'asile amélioré après un séjour de 18 mois. |
| Hémorrhagie du nez assez forte | Peu de temps après il a changé sa manière d'être ! devenu sombre et de mauvaise humeur se plaignant de céphalalgie et de vertige. Il se développait une mélancolie agitée avec tendance au suicide. | Sorti amélioré de l'asile après un séjour de quelques mois. |
| Perte de connaissance (Fracture de la base du crâne). | Alitée vingt semaines. Après elle a commencé à se plaindre que la tête devenait lourde, que la vue était diminuée.<br>Prise de tristesse, accès d'angoisse. Sensations anormales. Elle a été traitée dans un asile et sortie après quelques semaines (soi-disant guérie). | Sortie une deuxième fois en amélioration. |

| Nos Diagnostic | Auteurs | Complications | Sexe et âge | a) Quelle sorte de lésion b) Région du crâne lésée |
|---|---|---|---|---|
| N° XLIV. — Mélancolie traumatique compliquée : stupeur, état cataleptoïde, démence. | Lindboe. | Père : aliéné. Frère : aliéné. Tante paternelle : aliénée. | Marin, 28 ans. | Un coup sur la région pariétale. |
| N° XLV. — Mélancolie périodique, traumatique compliquée. Accès d'excitation, marche vers la démence. | Personnelle Asile Sainte Anne. | Hérédité. | Pâtissier, 30 ans. | Chute d'un premier étage sur la tête. |

| Symptômes immédiats | Symptômes postérieurs | Issue |
|---|---|---|
| | Quatorze jours après elle est rentrée.<br>Même dépression mélancolique. | |
| Gonflement et ecchymose de la partie lésée. | Il devint tout de suite très anxieux et déprimé avec angoisse. Cris intenses.<br>Tendant les bras étendus en suppliant vers le ciel, suivi d'un état de stupeur. Cataleptoïde. Obstructio alvi. Après deux ans sans aucune amélioration il s'est développé une démence. | Démence. |
| Commotion cérébrale (Fracture de la cuisse) | Stupeur pendant quelques jours. Resté trois mois au lit sans délire. Migraines fréquentes.<br>Il est ensuite devenu triste, sombre. Une année après l'accident il fit une tentative de suicide, quatre ans après interné : périodes d'excitations durant lesquelles il trouble le repos des voisins, insulte son entourage et brise tout ce qui est à sa portée. Il a été traité à Vaucluse et en est sorti après un séjour d'une année.<br>Renfermé à Sainte-Anne le 2 mars 1896.<br>*Certificat du Dr Magnan :*<br>« Léger affaiblissement mental avec dépression mélancolique, préoccupation hypocondriaque. Tendance au suicide par intervalles. Déjà traité. | Transféré à Villejuif. |

| N°s Diagnostic | Auteurs | Complications | Sexe et âge | a) Quelle sorte de lésion b) Région du crâne lésée |
|---|---|---|---|---|
| N° XLVI. — Epilepsie traumatique compliquée. Hallucination, tentatives de suicide. | Lindboe. | Père : alcoolique. Mère : alcoolique, hystérique. Frère : alcoolique. | Marin, 31 ans. | Coup d'un madrier partie temp. gauche. |

| Symptômes immédiats | Symptômes postérieurs | Issue |
|---|---|---|
| Sans connaissance pendant quatre semaines. | Douleurs de la partie gauche de la tête de temps en temps, trois mois après l'accident : accès de perte de connaissance, jusqu'à deux fois par jour. Pendant ces attaques il parlait haut, faisait des actions absurdes, plusieurs tentatives de suicide. Il avait une cicatrice à la tempe droite. Quand on la pressa, il fut pris de convulsion.<br>Il fut ***trépané 10 ans après l'accident***.<br>On a trouvé une caverne dans le lobe frontal gauche, grande comme une noix, remplie d'un fluide transparent, qui fut vidé sans amélioration.<br>Au contraire, il devint méchant, menaçant de mort le concierge de l'hôpital. Amené dans l'asile on a constaté des attaques d'absence quelquefois suivies de crampes toniques ou cloniques. Hallucíné. Très souvent irritable et violent. On a institué un traitement d'iodure de potassium, après un séjour de trois mois sans amélioration. Tout de suite les accès sont devenus moins fréquents, moins intenses. Très rarement céphalalgie.<br>Son caractère est changé : il est devenu aimable et traitable. | Trépanation. |

| Nos Diagnostic | Auteurs | Complications | Sexe et âge | a) Quelle sorte de lésion. b) Région du crâne lésée. |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| N° XLVII. — Mélancolie périodique, traumatique. Difficulté d'uriner pendant les attaques. | Lindboe. | Aucune. (Sobre). | Petit fermier, 33 ans. | Coup sur la tête (région n'est pas indiquée). |
| N° XLVIII. — Mélancolie traumatique compliquée. | Langc. *op. cit.* | Tante paternelle : aliénée. Père: s'est suicidé. | Charpentier, 33 ans. | Coup d'un battant d'une cloche. Partie gauche de la tête. |

| Symptômes immédiats | Symptômes postérieurs | Issue |
|---|---|---|
| Perte de connaissance.<br>Vomissements répétés en s'éveillant. | Peu de temps après : changement complet du caractère : il est devenu taciturne, morose. Vertige, maux de tête en accès. Insommie, anorexie, angoisse.<br>*Un an après :* Agravation marquée, hallucination de l'ouïe ; il croyait qu'il y avait des gens qui entouraient la maison pour l'emporter. Pendant la journée il voyait des petits chiens qui voulaient le mordre. Des voix lui répétaient toujours : « Il faut que tu te tues ! » et comme il avait peur de le mettre en action il demanda lui-même l'entrée à l'asile.<br>Il avait des attaques mélancoliques avec difficulté d'uriner en même temps. Urine normale.<br>Sorti de l'asile comme guéri.<br>*Cinq ans après :* rentré pour une attaque de dépression mélancolique. | Reste encore à l'asile.<br>Traité deux fois à l'asile. |
| Blessure avec hémorrhagie. | Des douleurs vagues de la tête. *Un mois après :* il devint sombre, renfermé, s'accusant d'être un grand pécheur. s'attendait à être arrêté ; cinq mois après l'accident il fut amené à l'asile : triste, insommie, sitophobie, hallucination de la vue et de l'ouïe, se plaçait la tête en bas contre le mur. Accès d'angoisses avec des mouvements. Il mourut subitement un jour étant assis | ***Mort à 34 ans.***<br>*Autopsie :* Pachyméningite circonscrite avec des parties osseuses sur le lobe frontal droit.<br>Les méninges un peu troublées.<br>La masse cérébrale aminéque. |

| N° Diagnostic | Auteurs | Complications | Sexe et âge | a) Quelle sorte de lésion b) Région du crâne lésée |
|---|---|---|---|---|
| N° XLIX. — Mélancolie traumatique compliquée terminée en démence. | Platou. | Se grise très souvent. Masturbateur. | Marin, 34 ans. | Coup de soleil (à la latitude équatoriale) |
| N° L. — Mélancolie traumatique terminée en démence. | Lindboe. | Aucune. | Petit fermier, 46 ans. | Renversé par un cheval. Un traîneau a passé sur la tête. |

| Symptômes immédiats | Symptômes postérieurs | Issue |
|---|---|---|
| | sur le plancher le dos et la tête appuyés contre le mur. | |
| Inquiétude. | Devint triste, mélancolique. Tentative de suicide (se jeter à l'eau). A Saint-Thomas il fut examiné par un médecin qui constata un délire mélancolique ? Refusé à l'hôpital il fut emmené en Norvège. Il était taciturne, répondait très difficilement à mi-voix. Chante et prie par intervalles. Sitophobie. Les mains et les pieds cyanotiques. Il s'améliora après six mois, mais fut interné l'année suivante comme étant déjà devenu dément. | Démence. |
| Perte de connaissance. | Peu de temps après il fut pris de vertiges ; devint déprimé, a fui la société des hommes. A dit dans l'asile qu'il a commis « *crimen bestialitatis* », et croyait qu'on pouvait le voir sur son visage. Il s'améliora de ses idées de tristesse. Six mois après il commença à soupçonner sa femme pour infidélité, il croyait que chaque homme qui visitait sa maison était l'amant de sa femme. Après quelques semaines il fut pris de perte de sommeil, anorexie, angoisse, tendance au suicide, hallucination de l'ouïe ; il entendait ses propres pensées lui disant qu'il serait tué par un supplice affreux, | |

| Nos Diagnostic | Auteurs | Complications | Sexe et âge | a) Quelle sorte de lésion b) Région du crâne lésée |
|---|---|---|---|---|
| N° LI. — Mélancolie traumatique. | Jürgensen. | Aucune. | Fermier 48 ans. | Chute contre une pierre. Blessure au front. |
| N° LII. — Mélancolie traumatique. | Jürgensen. | Aucune | Petit fermier, 50 ans. | Chute sur la tête |
| N° LIII. — Mélancolie traumatique. | Selmer. | Aucune. | Ouvrier, 55 ans. | Un tonneau de sel est tombé lésant sa tête. |

| Symptômes immédiats | Symptômes postérieurs | Issue |
|---|---|---|
| | Accès d'agitation. Après deux ans il se développa un état de | *Démence.* |
| Perte de connaissance. | Il devint sombre, perdit très souvent le sommeil. *Une année après :* mélancolie avec des délires religieux: il se croyait réprouvé, voyait l'enfer et entendait les voix de Dieu. Il criait et avait la mine très anxieuse. Par le traitement dans l'asile : bains tièdes, opium, médicaments somnifères, il s'améliora et après un séjour de deux ans il quitta l'asile apparemment guéri (1877). | Guéri. Bien portant (1895). |
| Perte de connaissance. | Attaques de vertiges et céphalalgie. Pendant la première année après l'accident il se développa une mélancolie avec délires religieux, accès d'angoisse, violence. Peu à peu ce délire se changea en mélancolie avec stupeur et il fut conduit à l'asile. Après un séjour de 2 ans il sortit guéri. | Issue n'est pas connue. |
| Sans connaissance pendant 2 heures. | Des maux de tête périodiques, toujours en croissant. 8 ans après il devint mélancolique : sitophobie, crainte d'être empoisonné, tentative de suicide.<br>Il fut amené à l'asile où il fut traité | |

| Nos Diagnostic | Auteurs | Complications | Sexe et âge | a) Quelle sorte de lésion b) Région du crâne lésée |
|---|---|---|---|---|
| N° LIV. — Mélancolie traumatique compliquée. | Selmer. | Accès de mélancolie à 48 ans (ménopause). | Veuve, 62 ans. | Chute dans un escalier. |
| N° LV. — Mélancolie traumatique. | Lindhoe. | Père un peu nerveux. Pas de syphilis pas d'alcool. | Ouvrier, 56 ans. | Chute dans une cave sur la tête. |

Photomount



| Symptômes immédiats | Symptômes postérieurs. | Issue |
|---|---|---|
| | pendant 2 ans, il en sortit en convalescence. | |
| ? | Perdit son sommeil et peu de temps après se manifesta une mélancolie : des idées tristes, des attaques d'angoisses, sitophobie, tentative de suicide.<br>Elle entra à l'asile quelques semaines après l'accident et mourut en état de marasme après 7 mois. | *Morte à 63 ans.*<br>*Autopsie* : Macroscopiquement on n'a rien trouvé d'anormal dans le cerveau. |
| Perte de connaissance. | Céphalalgie. Changement du caractère : il devint sombre faisait des actes bizarres.<br>*10 mois après l'accident* sans cause connue il perdit subitement sa connaissance et tomba pendant son travail. Il fut alité 3 semaines ; pendant ce temps : vertiges et confusion mentale.<br>*12 mois après :* accès de tristesse, plusieurs tentatives de suicide : par submersion, par suspension, par coup de feu, par couteau et par allumettes souffrées mais fut toujours empêché<br>Il fut interné à l'asile.<br>21 juillet 1887 : il était taciturne, déprimé mais admettait qu'il était malade.<br>2 octobre 1887 : attaques de vertige. Alité. | *Autopsie :* Poids du cerveau *1380 gr.*<br>*Dure-mère* blanche, épaissie, adhère au lacunar cranii aux parties postérieures. Dans fossa cerebrimedia des deux côtés une masse brunâtre, un peu grumeuse, demi-gélatineuse.<br>*La pie-mère* et *l'arachnoïde :* très épaissies, œdémateuses, difficiles à séparer du deuxième frontal droit. La partie sous-jacente du cerveau est ramollie, jaunâtre.<br>Sur la partie con- |

| Nos Diagnostic | Auteurs | Complications | Sexe et âge | *a*) Quelle sorte de lésion *b* Région du crâne lésée |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

| Symptômes immédiats. | Symptômes postérieurs. | Issue. |
| --- | --- | --- |
| | 11 décembre : On a remarqué hier, qu'il ne pouvait pus tenir la cuiller pendant son dîner. Quelques minutes après avoir fini son repas, il tombe à la renverse dans son lit. Devint taciturne avec respiration ronflante. 13 décembre: Il est dans un assoupissement, la partie gauche de son visage flasque, l'angle droit de la bouche un peu dévié. Hémiplégie du côté droit. La sensibilité un peu diminuée. Reflexe rotulien un peu exagéré. Mort le 29 décembre 1887. | vexe du lobe frontal et pariétal la pie-mère et l'arachnoïde sont adhérentes à la deuxième circonvolution temporale où la substance cérébrale se déchire en faisant l'ablation. Sur l'hémisphère gauche dans la partie antérieure du lobe temporal, la substance corticale est pigmentée dans une partie grande comme une pièce de 2 francs. Les deux capsules internes dans leurs parties moyennes très ramollies ; la droite presque liquide. Les deux noyaux lenticulaires aussi ramollis, ternes ; sur le côté gauche presque comme un kyste. Noyau caudé gauche tout à fait ramolli. Capsules externes normales. Les ventricules extendus, remplis de sérum. L'épendyme épaissi et granulé. Les faisceaux py- |

| Nos Diagnostic | Auteurs | Complications | Sexe et âge | *a*) Quelle sorte de lésion *b*) Région du crâne lésée |
|---|---|---|---|---|
| No LVI. — Mélancolie traumatique. | Lindboe | Aucune. | Garçon pendant l'enfance.<br>A 23 ans: | Coup d'un morceau de bois.<br>Partie temporale droite.<br>Coup d'une rame. |
| No LVII. — Manie traumatique périodique. | Selmer. | Aucune. | Garçon, 10 ans. | Chute sur la glace. |

| Symptômes immédiats | Symptômes postérieurs | Issue |
| --- | --- | --- |
| | | ramidaux et les faisceaux antérieurs de la moelle épinière ramollis. *Cervelet :* l'hémisphère droit postérieur dans une partie grande comme un œuf de pigeon ramolli. Les artères de la base épaissies, les parois : dégénérescence graisseuse. |
| ? | Vertiges. Une année après : un accès de mélancolie. Deux ans après : un autre.<br>Tendance au vagabondage. Un peu éthylique. | |
| Vertiges prononcés. | Devint bizarre, se plaignait de maux de tête. Quatorze jours après : accès maniaque avec violence et menace. Après un séjour de trois semaines il est sorti, considéré comme guéri. | Guéri ? |
| Resté plusieurs heures sans connaissance. | Après cet accident il est devenu sombre, renfermé. Assez fort à l'école.<br>A 14 ans, accès maniaque de courte durée (masturbation).<br>Après l'âge de 16 ans il a été traité plusieurs fois à l'asile pour des accès maniaques. | |

| Nos Diagnostic | Auteurs | Complications | Sexe et âge | a) Quelle sorte de lésion b) Région du crâne lésée |
|---|---|---|---|---|
| No LVIII. — Manie traumatique. | Jürgensen. | Aucune. | Fille, 12 ans. | Coup au front. |
| No LIX. — Manie traumatique compliquée. | Selmer. | Etat d'ivresse. | Paysan, 21 ans. | Chute dans un escalier. |
| No LX. — Manie traumatique. | Jürgensen. | Aucune. | Marin, 22 ans. | Coup de soleil (à Philadelphie). |

| Symptômes immédiats | Symptômes postérieurs | Issue |
|---|---|---|
| Evanouissement. | Vertiges. Deux semaines après elle était en proie à des hallucinations ; elle tressaillait au moindre bruit était alitée. Peu après elle se refait mais dès lors elle a très souvent souffert de maux de tête ; le caractère est changé : elle a des accès de mauvaise humeur. Sans cause connue à l'âge de 18 ans elle devint subitement agitée, criarde, ne dormait plus, confusion mentale. Elle fut amenée à l'asile et après un séjour de six mois elle le quitta. | guérie. |
| Sans connaissance quelques heures. | Peu de temps après on a remarqué que son caractère a changé ; il est devenu sombre, irritable et même de petites doses d'acool l'ont grisé. Seize mois après l'accident éclate une manie avec beaucoup d'excitation. Après un séjour d'une année à l'asile il sortit comme | guéri. |
| ? | La nuit suivante éclata un délire maniaque avec des idées ambitieuses. Pendant la traversée pour l'Europe on fut obligé de l'enfermer dans une cabine et dès son arrivée à Bergen il fut interné dans l'asile. Pendant le premier temps il était très excité, sans sommeil, avec des idées mégalomanes. Après un traite- | |

| Nos Diagnostic | Auteurs | Complications | Sexe et âge | Quelle sorte de a) lésion. b) Région du crâne lésée. |
|---|---|---|---|---|
| Nº LXI. — Manie traumatique périodique. | Platou. | ? | Roulier, 38 ans. | Chute d'une poulie asez lourde. |
| Nº LXII. — Manie traumatique compliquée, suivie de démence. | Personnelle. | Oncle : aliéné. | Ouvrier, 48 ans. | Tombé d'un quai, contre un banc de rameur. |
| Nº LXIII. — Manie traumatique, démence. | Selmer. | Aucune. | Paysan, 58 ans. | Chute d'une pente escarpée. |

| Symptômes immédiats | Symptômes postérieurs. | Issue |
|---|---|---|
| | ment d'environ six mois il revint peu à peu à lui et quitta l'asile. | Guéri. |
| Fracture du crâne. | Malade presque une année. Après très souvent des maux de tête. Deux ans après l'accident, il devint maniaque très agité, loquace; confusion, hallucination de l'ouïe, gâteux. Il a maintennnt 65 ans et a été traité plusieurs fois à l'asile. Les cinq dernières années quatre fois. | Traité plusieurs fois. |
| Commotion cérébrale. | Perte de sommeil, agitation, idées confuses de la mégalomanie. Trois mois après l'accident il fut interné à l'asile où il se manifesta un délire maniaque marqué, suivi d'une démence. Mort sept mois après l'entrée dans un état de marasme. | *Mort à 49 ans.* *Autopsie.* Poids du cerveau 1400 grammes. La boîte crânienne très épaisse. Les circonvolutions qui entourent la scissure gauche de Rolande applaties. Le prolongement occipital gauche du ventricule est élargi et rempli de sérum. |
| Hémorrhagie. Pas d'autres renseignements. | Après cet accident il a souffert beaucoup du vertige, de la mauvaise humeur ; perdit son sommeil, confusion mentale qui après peu de temps s'est transformée en véritables attaques maniaques avec un penchant à dé- | *Mort à 75 ans :* *Autopsie :* Dure mère est épaissie et en partie très adhérente au crâne. Un peu d'atrophie |

| Nos Diagnostic | Auteurs | Complications | Sexe et âge | a) Quelle sorte de lésion. b) Région du crâne lésée. |
|---|---|---|---|---|
| N° LXIV. — Dégénérescence traumatique, idées de tristesse tendance au suicide, confusion mentale, accès de violence. | Jacobson. | Chaleur d'été | Peintre en bâtiment, 19 ans. | Chute d'un échafaudage. Occiput et partie pariétale gauche. |

| Symptômes immédiats | Symptômes postérieurs | Issue |
|---|---|---|
| | truire tout ce qui tombe sous sa main et on dut l'interner dans un asile où il mourut. | cérébrale avec œdème dans pie-mère et arachnoïde. Les ventricules remplis de sérum. A la partie antérieure du lobe frontal droit il y avait une perte de substance superficielle, grande comme une noisette et remplie de sérum. Les parois sont couvertes d'une membrane jaunâtre assez épaisse. |
| Perte de connaissance. | Alité quatre semaines après. Accès de céphalalgie occipitale et frontale, suivis d'idées tristes. Comme hussard une année après l'accident, il fut pendant la chaleur de l'été pris de maux de tête horribles l'empêchant de dormir ; idées de suicide ; il s'évada de la caserne, rôdant deux jours et deux nuits, toujours tourmenté d'idées de suicide. Il se présenta à la caserne le troisième matin. Il ne se souvenait pas exactement où il avait été : Croyait avoir dormi au grand air et presque rien mangé. Les nuits suivantes : pas de sommeil, hallucinations, idées de tristesse. | *Certificat :* Confusion mentale hallucinatoire. |

| Nos Diagnostic | Auteurs | Complications | Sexe et âge | a) Quelle sorte de lésion b) Région du crâne lésée |
|---|---|---|---|---|
| Nº LXV. — Dégénérescence traumatique compliquée. Tentative de vol. | Personnelle. | Autrefois éthylique. | Employé de commerce, 30 ans. | Chute d'une échelle (en 1871). |

| Symptômes immédiats | Symptômes postérieurs | Issue |
|---|---|---|
| | *Huit jours après* : accès de violence, cria, halluciné, confusion.<br>Il fut « réformé. » | |
| Fracture du crâne.<br>(Fracture du bras). | Vertiges fréquemment après Excès alcooliques.<br>1re *entrée en 1880* : Atteint de délire alcoolique avec hallucinations surtout nocturnes, excitations, frayeurs.<br>*Signé* : MAGNAN.<br><br>2e *entrée en 1885* : Objet d'une ordonnance de non lieu pour vol et tentative de vol.<br>Le nommé M... est visiblement aliéné, son attitude est celle d'un lypémaniaque marchant progressivement vers la démence.<br>Il pleure sans cesse, présente tous les signes d'une dépression intellectuelle et morale. Il est sujet à des vertiges fréquents et souffre d'une insomnie prononcée.<br>*Signé* : BENJAMIN BALL.<br><br>3e *entrée* (1892) Atteint de la manie, idées de persécution et de suicide. Depuis étant sorti de Ville-Evrard en 1887 il est resté libre, mais présentant de temps en temps des phénomènes cérébraux. Depuis 3 jours le | |

| Nos Diagnostic | Auteurs | Complications | Sexe et âge | a) Quelle sorte de lésion b) Région du crâne lésée |
|---|---|---|---|---|
| N° LXVI. — Démence traumatique. | Jacobson. | Aucune. | Ouvrier menuisier, 20 ans. | Une planche longue de 3 mètres est tombée sur sa région pariétale gauche. |

| Symptômes immédiats | Symptômes postérieurs | Issue |
|---|---|---|
| | malade ne peut dormir et souffre. Tous les signes de la manie du suicide. *Signé :* Billet. | |
| | 4e *entré* (15 mars 1896) : Légers affaiblissements intelligents, avec idées de persécution, propos incohérents. *Signé :* Magnan. | |
| | ***Récit de sa femme : La première fois*** qu'il avait été interné il avait fait une double tentative de suicide (Section des parties génitales avec un couteau, submersion dans l'eau). *Cette fois :* Idées de suicide, idées homicides : voulait tuer sa femme : frapper. Tristes, crises des larmes. extravagances : croit parfois qu'il est bête et marche à quatre pattes, grimpe comme un singe. Tentative de vol au moment où il a été arrêté. Ne boit presque pas. Vertiges fréquemment. | Transféré à Villejuif. |
| Perte de connaissance pendant trois jours. | Alité 14 jours après. Sa mémoire est graduellement réduite. Ne peut plus travailler. Irritable, accès de fureur, agressif. Se plaint de pesanteur de la tête. Oreille droite dure. *Une année après l'accident* il est interné à l'asile. Accrocs de la langue, hésitations, des secousses fibrillaires. Reflexe rotulien | Sorti comme incurable. |

| Nos Diagnostic | Auteurs | Complications | Sexe et âge | a) Quelle sorte de lésion b) Région du crâne lésée |
|---|---|---|---|---|
| No LXVII. — Délire hallucinatoire traumatique. | Lindboe. | Aucune. | Ouvrier, 29 ans. | La tête fut dans une rixe. cognée plusieurs fois contre le plancher. |
| N° LXVIII. — Démence traumatique compliquée. | Van Deventer (*op. cit.*). | Hérédité. | Ouvrier, 31 ans. | Chute dans une carrière sur la partie pariétale droite. |
| No LXIX. — Démence traumatique compliquée. | Jacobson (*op. cit.*). | Syphilis à l'âge de 21 ans. | Tailleur, 39 ans. | Chute dans un escalier d'un grenier. |

| Symptômes immédiats | Symptômes postérieurs | Issue |
|---|---|---|
| | et la démarche normale. Pas de différence pupillaire. | |
| Commotion cérébrale. | La tête lourde, avec des vertiges, congestions de la tête, bourdonnements d'oreilles. *3 mois après l'accident*, il commença subitement à se frapper la tête, devint infatigable et inquiet, ne mangea presque pas, désorienté. Il fut interné à l'asile : confusion mentale, désorienté, hallucinations, attaques de violence et inquiétude, criait, demandant un poignard. Le lendemain un état de stupeur. Inégalité pupillaire. *Mort 4 jours après* son entrée dans un état comateux. | *Mort.* *Autopsie :* Poids du cerveau, 1450 grammes. Injection de la prie-mère et arachnoïde. Adhèrence au cervelet dans la partie frontale droite. |
| Perte de connaissance. | Très souvent des congestions cérébrales. Mémoire diminuée peu à peu. *4 ans après l'accident :* attaque épileptique provoquée par une émotion morale, suivie d'un accès maniaque. Hallucinations de l'ouïe. Des symptômes paralytiques passagers, suivis de tremblements spastiques. Il se plaint toujours de maux de tête. Mort dans un coma 6 mois après la première attaque épileptique. | *Mort.* *Autopsie :* Poids du cerveau 1400 grammes. Gliome grand comme une main dans la partie droite du centrum ovale. |
| Perte de connaissance. | Trois semaines alité. Pendant les trois années suivantes il se développa un état de démence : diminution de | Sorti comme inguérissable. |

| Nos Diagnostic | Auteurs | Complications | Sexe et âge | a) Quelle sorte de lésion<br>b) Région du crâne lésée |
|---|---|---|---|---|
| N° LXX. — Démence traumatique compliquée. | Lange (*op. cit*). | Un peu éthylique. | Couvreur, 53 ans. | Chute d'un toit.<br>Occiput. |
| N° LXXI. — Confusion mentale traumatique (démence). | Jacobson. | Aucune. | Charcutier, 54 ans. | Renversé par deux chevaux emportés.<br>? |
| N° LXXII. — Démence traumatique avec | Smitt (asile de Bergen). | Chagrin. | Paysan, 67 ans. | Coup violent sur la tête. |

| Symptômes immédiats | Symptômes postérieurs. | Issue |
|---|---|---|
| | la mémoire. De l'intelligence, confusion, puérilité. Pas d'inégalité pupillaire, pas d'hésitation de la parole. Hallucinations. Anxiété par accès. Paraplégie spastique. | |
| Perte de connaissance pendant plusieurs heures.<br>Hémorrhagie de l'oreille gauche et de la narine gauche.<br>Urines et excréments involontaires. | Vomissements répétés les premiers jours. Alité pendant dix jours. Le premier jour qu'il est sorti du lit il a fait une nouvelle chute sur la tête et il a perdu connaissance pour quelques minutes. Peu de temps après on a remarqué une diminution de ses facultés intellectuelles. Il est conduit dans un asile et pendant quatre ans sa marche est devenue chancelante, paralysie de la face,embarras de paroles, symptômes aphasiques. Le sentiment très variable. | Pas de renseignements. |
| Commotion cérébrale. | Quand il revint à lui il était confus amnésique, désorienté.<br>*Un mois après l'accident* il fut interné ; halluciné, accusant sa femme d'infidélité, périodes d'agitation et de loquacité.<br>Quitte l'asile après un séjour de six mois comme | Incurable |
| ? | Maux de tête et vertige. Changement du caractère : il est devenu emporté et violent. | |

| Nos Diagnostic | Auteurs | Complications | Sexe et âge | a) Quelle sorte de lésion b) Région du crâne lésée |
|---|---|---|---|---|
| des accès de la manie. | | | | |
| No LXXIII. — Par. générale traumatique. | Van Deventer. *Op. cit.* | Hérédité. Peu d'intelligence. | Garçon. 14 ans. à *33 ans*. | Chute grave dans un escalier. Glissa sur la glace, fit une chute contre une pierre. |
| No LXXIV. — Par. gén. traumatique. | Van Deventer. | Père : alcoolique. Pas de syphilis. Un peu éthylique. | Tailleur de pierre, 30 ans. | Eclat de marbre à la tempe gauche. |

| Symptômes immédiats | Symptômes postérieurs | Issue |
|---|---|---|
| | Une année après l'accident, contrarié par la vente d'une ferme, il éclata subitement un délire maniaque qui pendant quelques mois (traité à l'asile) se termina dans un état de démence, et il sortit de l'asile.<br>Quatre ans après il fut ramené à l'asile : il était devenu agité, confus, loquace et gai. Au bout de six mois il est sorti dément. | Comme la première fois. |
| ? | De 15 à 18 ans il avait des attaques épileptoïdes. Après dix-huit ans pas d'attaques. | Mort neuf mois après le dernier accident. |
| Perte de connaissance. | Accès de confusion. Quatre mois plus tard, des idées de richesse suivie de tous les symptômes d'une paralysie générale. | |
| Evanouissement. | Mais il continua tout de suite son travail.<br>Le lendemain aphasique pendant vingt-quatre heures, inquiet, ne voulait pas rester au lit.<br>Céphalalgie, insomnie. Quelques jours après, accès de violence, idées confuses de persécution, ferma la porte à clef.<br>*Trois semaines après l'accident*, interné à l'asile. Mémoire affaiblie et diminution graduellement et rapidement.<br>Accès de fureur, mêlés d'idées va- | *Autopsie :* Ostéophytes sur la partie interne du crâne, qui est épaissie.<br>Pachymémingite hémorrhagique.<br>*Pie-mère* adhérente. Hydrocéphale interne. Ependyme de ventricule granulé. |

| Nos Diagnostic | Auteurs | Complications | Sexe et âge | a) Quelle sorte de lésion b) Région du crâne lésée |
|---|---|---|---|---|
| N° LXXV. — Par. gén. traumatique. | Personnelle | Pas d'hérédité ni alcoolisme, ni syphilis. | Journaliste, 30 ans.<br>A 32 ans.<br><br><br>A 34 ans. | Chute sur la tête : accident de chemin de fer.<br>Chute d'un décor théâtral.<br>Région pariétale.<br>Chute de cheval.<br>Reg. temp. gauche. |
| N° LXXVI. — Par. gén. traumatique. | Jacobson. | Syphilis très vraisemblable à 19 ans. | Quincailler, 31 ans. | Chute contre une marche d'un escalier |

| Symptômes immédiats | Symptômes postérieurs | Issue |
|---|---|---|
| | gues de mégalomanie et persécution. Hallucinations. *Sept mois après :* crampes cloniques, attaques apoplectiformes.<br>*Dix-sept mois après :* parèses. Difficulté de la parole. Tremblement, inégalité pupillaire. *Vingt-et-un mois :* démence complète. Eschares. *Mort* vingt-cinq mois après l'accident. | |
| Commotion cérébrale.<br>Vomissements<br><br>Trois jours sans connaissance. | Sans connaissance plusieurs jours. Céphalalgie par périodes.<br>Changement du caractère : accès de fureur.<br>Douleurs de la partie lésée.<br>Otorrhée gauche. Perte de sommeil. Extravagances. Peu à peu il se développa un état maniaque.<br>Il fut amené à l'asile six mois après le dernier accident. Des symptômes d'une paralysie générale se manifestèrent peu de temps après : inégalité pupillaire, accrocs de la parole, réflexe rotulien diminué. Idées diffuses de mégalomanie. Il marchait rapidement vers la démence et *douze mois après* le dernier accident il mourut dans un état de marasme. | *Mort.*<br>*Autopsie :* Poids du cerveau 1230 grammes.<br>Dure-mère épaissie.<br>Pie-mère adhérente.<br>Plusieurs cicatrices après les différentes lésions crâniennes. |
| Pouvait marcher jusque chez ui 10 minutes ; | Deux jours après sa vue était troublée : diplopie et vue nébuleuse. On a trouvé une dépression grande | |

| Nos Diagnostic | Auteurs | Complications | Sexe et âge | a) Quelle sorte de lésion b) Région du crâne lésée |
|---|---|---|---|---|
| | | | | de fer. Partie pariétale droite. |
| N° LXXVII. — Par. gén. traumatique. | Van Deventer. | Hérédité, alcoolisme. | Ouvrier, 37 ans. | Chute. Sinciput. |
| N° LXXVIII. — Par. générale traumatique. | Dubuisson. | Aucune. | Cultivateur, 45 ans. | Accident de chasse : son fusil lui éclata dans les mains, un morceau du canon lui fractura l'os frontal gauche produisant un enfonce- |

| Symptômes immédiats | Symptômes postérieurs | Issue |
|---|---|---|
| mais avait de la céphalalgie et du vertige. | comme une pièce de 50 centimes dans la partie antérieure de l'os pariétal droit. Parèse au nerf moteur oculaire externe, corrigé par un prisme de 5°. De temps en temps vertige et céphalalgie.<br>*Quatre ans après* : il présentait des symptômes déjà très manifestes d'une paralysie générale, des idées mégalomanes, changement du caractère, inégalité pupillaire etc. | Sorti d'asile comme inguérissable. |
| Hémorrhagie. | Peu de temps après il changea de caractère, devint facilement emporté et irritable. En quelques mois il se développa une paralysie générale manifeste, idées de richesse; il parle de sa grande force. Inégalité pupillaire. Secousses fibrillaires dans la langue. Accrocs de la parole Parésie des muscles de la face. | Sorti incurable. |
| | Peu à peu il se développa une paralysie générale manifeste. Deux ans après, perte de mémoire, confusion des idées, illusions de personnes, embarras de la parole.<br>Alternatives de calme et d'agitation, des menaces de mort et de tentatives d'incendies.<br>Affaiblissement général des facultés et des sentiments, idées de satis- | *Mort.* |

| Nos Diagnostic | Auteurs | Complications | Sexe et âge | a) Quelle sorte de lésion<br>b) Région du crâne lésée |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| | | | | ment de la table externe au niveau du sourcil. |

| Symptômes immédiats | Symptômes postérieurs. | Issue |
| --- | --- | --- |
| | faction avec délire enfantin. Tremblement des lèvres, de la langue et des membres. Inégalités pupillaire. Marche difficile. Dix jours après son entrée il est pris d'une pneumonie droite, accompagnée d'une aggravation de troubles cérébraux et de convulsions épileptiformes. Au bout de 4 jours il est emporté par cette maladie aiguë.<br>*Autopsie.*<br>L'arcade sourcillière du côté gauche est enfoncée àla partie médiane où l'on observe une cicatrice au fond d'un sillon dirigé obliquement de haut en bas et de dehors en dedans. A la coupe on voit le sinus frontal gauche considérablement rétréci ; la paroi antérieure présente la trace d'une fracture ancienne ; on peut à peine passer entre les deux parois le manche du scalpel à plat tandis qu'à droite le manche pénètre facilement de champ. Il n'y a ni esquilles ni adhérence des deux parois au niveau de la fracture, le péricrâne parait partout conservé.<br>A l'angle interne on trouve un noyau de la grosseur et de la forme d'un petit haricot, ayant l'aspect d'un ganglion lymphatique. La paroi interne du sinus frontal ne présente aucune trace de fracture ; la dure- | |

| N° Diagnostic | Auteurs | Complications | Sexe et âge | a) Quelle sorte de lésion b) Région du crâne lésée |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| N° LXXIX. — Paralysie géné-rale et traumatique. | Van Deventer. | Un peu buveur | Ouvrier 50 ans. | Dans une rixe de 5 à 6 coups sur la tête avec un instrument émoussé. |
| LXXX. — Dégénérescence traumatique. | Burr. *Nwe-Yowrk med. Lég.* | Aucune. | Ouvrier. 34 ans. | Coup d'une courroie à transmission sur la tête. |

| Symptômes immédiats | Symptômes postérieurs | Issue |
|---|---|---|
| | mère est fortement adhérente à sa face postérieure et légèrement épaissie. La pie-mère partout épaissie, présente des adhérences très intimes, surtout au lobe frontal gauche dont la substance grise s'enlève presque complètement. A droite et sur le reste du cerveau les adhérences sont bien moins prononcées. On observe quelques plaques laiteuses, irrégulièrement disséminées. Au niveau de la coupe pariétale on trouve un noyau de la longueur d'une pièce de 50 centimes et de 2 à 3 millimètres d'épaisseur siégeant à la partie externe du noyau lenticulaire gauche. | |
| Se plaignait de douleurs atroces dans la tête. | Maux de tête continuels. Changement du caractère : morose et entêté. *Un mois après :* il devint subitement doux, renfermé, tendance au sommeil, se plaignait de douleurs au front, facilement pris de fatigue. Difficile pour lui de suivre une conversation ; ses réponses sont lentes. L'état marche en s'aggravant. La parole lui manque. Il devint après content et gai des idées vagues mégalomanes, mêlées d'idées de persécution. | *Mort :* *Autopsie :* Le crâne épaissi : 5-8 millimètres. Lamina interne laiteuse. Pie-mère épaissie, adhérant au cerveau. Les ventricules rétrécis. Ependymes un peu granuleux. |
| Perte de connaissance. | Resté sans connaissance quatre jours. Après, un peu de confusion a resté : il ne pouvait commencer son | ? |

| N°s Diagnostic | Auteurs | Complications | Sexe et âge | a) Quelle sorte de lésion b) Région du crâne lésée |
|---|---|---|---|---|
| | *Journal*. 1891 septembre. | | | |

| Symptômes immédiats | Symptômes postérieurs | Issue |
|---|---|---|
| | travail qu'après des mois. Après ce-accident il fut pris pàr périodes de pyromanies, d'autres fois de violence. *Trois ans après l'accident :* Les attaques devinrent plus fréquentes, mêlées d'idées de suicide. Une nuit il prit un revolver mit le canon sur la tempe de sa femme, mais le coup lui manqua. Comme il voulait le faire pour la deuxième fois il reprit subitement sa connaissance chercha la police et demanda à être conduit dans un asile. Les médecins ~~qui l'~~examinaient ne pouvaient pas s'accorder sur le diagnostic « équivalence épileptique ». | |

## CONCLUSIONS

1° Par l'*origine traumatique* nous comprendrons les lésions crâniennes et cérébrales et l'insolation.

2° Un traumatisme de cette sorte peut être *la seule cause* d'une maladie mentale.

3o Toutes les différentes formes de maladies mentales peuvent être produites par un traumatisme.

4° Les troubles cérébraux peuvent suivre immédiatement le traumatisme, mais le plus souvent ils n'apparaîtront qu'après un temps plus ou moins long.

5° Pour donner à une forme de folie le nom de traumatique, même lorsqu'elle éclate longtemps après la lésion, il est nécessaire qu'il y ait une suite de symptômes d' « irritation cérébrale », reliant l'accident initial aux troubles cérébraux subséquents.

6o Par « irritation cérébrale » nous entendons les maux de tête, le vertige, les bourdonnements d'oreilles continuels ou intermittents. Changement de caractère, accès de violence, d'absence ou de confusion, résistance moindre aux boissons alcooliques.

7o Le plus souvent on trouve concurremment à un





traumatisme d'autres causes étiologiques et spécialement : l'hérédité, l'alcoolisme, la syphilis et la masturbation.

Dans ces cas nous les appelons « folies traumatiques compliquées ».

8° La mélancolie traumatique est le plus souvent une folie traumatique compliquée.

9° Le pronostic pour toutes les maladies mentales d'origine traumatique est grave surtout quand il y a ce que nous avons appelé « une complication ».

10° Les malades atteints d'une folie d'origine traumatique compliquée ou non sont quelquefois sujets à une excitation génésique très marquée.

11° D'après les données statistiques des différents pays il est évident que les folies traumatiques sont plus fréquentes chez les *hommes que chez les femmes.*

## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE


ADAMKIEWIEZ. — Congrès de Copenhague, 1884. Traumatismes cérébraux.

ALVIN, EYER et NOBLE. — Psychose traumatique consécutive à une fracture du crâne. Archives de neurologie, 1895.

AMARD. — Traité analytique de la folie. Lyon, 1807.

AMELUNG UND BIRD. — Lehre von den Geisteskrankheiten. Darmstad und Leipzig, 1832.

AUBANEL et THORE. — Recherches statistiques faites à l'hospice de Bicêtre. Paris, 1840.

ARNAUD. — Par. générale d'origine traumatique. Encéphale, 1888.

AURELIANUS (Cœlius). — Celerum sive acutorum passiomm. Lib. I. Paris, 1533.

ARIS. — Traumatisme du crâne ; délire de persécution. Encéphale, 1881, page 745.

ASCHER. — All. Zeitsch, für Psychiatrie, 1890, page 1.

AZAM. — Les troubles intellectuels provoqués par les traumatismes cérébraux (Arch. gén. de médecine, février et mars 1881).

— Les troubles sensoriels, organiques et moteurs consécutifs aux tramatismes du cerveau (Arch. gén. de médecine, mai 1890).

BALL. — Leçons sur les maladies mentales. Paris, 1890.

— De la paralysie générale d'origine traumatique. Encéphale, 1888, page 389.

BANNISTER. — General paralysis. Amer. Journal of Insanity, Mai, 1894.

BATAILLE. — Traumatismes et névropathie. Thèse de Paris, 1887.

BAILLARGER. — Appendice du traité de maladies mentales de Griesinger.

— Recherches sur les maladies mentales. Paris, 1890.

BAUCHET. — Des lésions traumatiques de l'encéphale. Thèse d'agrégation, 1860.

BAYLE. — Thèse de Paris, 1822. Recherches sur les maladies mentales.

— Traité des maladies du cerveau. Paris, 1826.

BERGMAN. — V. Pitha u. Billroth. Handbuch der Chirurgie B III. 26-46.

— Allg. Zeitschrift für Psychiatrie, 1889, page III.

BERG. -- Lettre à Morel-Lavallée et Bélières. Copenhague, 4 janvier 1888.

BERNER. — Norsk Magazin for lœgevidenskab, 1881.

BILLOD. — Des maladies mentales et nerveuses. Paris, 1880.

BONVILLE BRADLEY FOX. — Journal of mental science July, 1891 (Par. gén. et traumatisme).

BRIERRE DE BOISMONT. — Bibliothèque du médecin praticien. Tome IX, 1849.

BROUSSAIS. — De l'irritation et de la folie, 2e édition, Paris, 1839.

BROWER.— Aliénist. et neurologist., 1883 : IV, 646 (traumatisme in relation to insanity).

BURR. — New-Yourk, med. Leg. Journal, 1891 sept.

BURROWS. — On the causes, forms, symptoms and treatment of insanity. London, 1828.

BRA. — Manuel des maladies mentales. Paris, 1883.

CALMEIL. — De la par. générale chez les aliénés. Paris, 1826.

— De la folie considérée sous le point de vue pathologique, philosophique, historique, depuis la Renaissance au XIX[e] siècle. Paris, 1845.

CHRICHTON. — An inquiry into the nature and origine of mental derangement, 2 vol., London, 1798.

CHRISTIAN. — Dictionnaire encyclopédique. Art. Paralysie générale.

— Archives de neurologie, 1889, n[os] 52, 53.

CHASLAIN. — Annales méd. psycholog., 1892 : confusion mentale.

CHRISTIAN. — Etiologie de la par. gén. Archives de neurologie, n° 41.

CHARCOT. — Progrès médical, 1885, n° 18.

CLEVENGER. — Alienist and neurologist., juillet 1888. Traumatic insanity.

COX. — Practicals observations on insanity. London, 1813.

CROTHERS. — Symptoms following traumatism of the head Journal of Nervous and mental Disease, août 1891.

CULLEN. — Eléments de la médecine pratique. Traduit par Bosquet. Paris, 1785.

CULERRE. — Maladies mentales. Paris, 1890.

DAGONET. — Traité des maladies mentales. Paris, 1894.

— Schmidt's Jahrbücher, 1894, p. 90.

DAQUIN. — La philosophie de la folie, 2[e] édition, Chambéry, 1804.

DAWIDOFF. — Archiv. de psychiatrie B. VII, 42, Allg. Z. f. Psychiatri, 1877, p. 117.

DAHL. — De sindssyge i Norge (les aliénés de Norvège) Christiania, 1859.

VAN DEVENTER. — Psychiatrische Bladen. Utrecht, 1887, Deel V.

DECORSE. — La chirurgie des aliénés. Thèse de Paris, 1871.

DURET. — Etudes expérimentales sur les traumatismes cérébraux. Thèse de Paris, 1878.

DONY. — De la folie consécutive à l'insolation. Thèse de Paris, 1883.

DOUTREBEUTE. — Par. générale et manie suraiguë. Annales médico-psychologiques, mars 1880.

DUBUISSON. — Congrès de médecine mentale. De la folie traumatique. Rouen, 1890.

— Traité de vésanies, Paris, 1816.

ELLIS.— A treatise on the nature, symptoms, causes and treatment of insanity, London, 1838.

ESQUIROL. — Dictionnaire des sciences médicales, Paris, 1822.

— Des maladies mentales, 2 vol. Paris, 1838.

ESKRIDGE. — Alienist and neurologist, 1892, juillet. Amnésie rétro-antérogade.

ESMARCH et JESSEN. — All. Zeitschrift für psychiatri, 1857 (Par. gén.).

ETSCHEVERRIA. — Congrès international de médecine mentale. Paris, 1878. Imprimerie nationale, 1880.

FABRES. — Dictionnaire de médecine usuelle. Paris, 1843. Art : « Considérations générales sur les maladies mentales ».

FALRET (Jul.). — Maladies mentales. Etudes cliniques. Paris, 1889.

FÉRÉ. — Les épilepsies et les épileptiques. Paris, 1890.

— Amnésie traumatique. Thèse de Paris, 1881.

FERGUSON. — Alienist et Neurologist 1892, juillet.

FODERÉ. — Essai médico-légal sur les diverses espèces de folie vraie, sur leurs causes etc. Strasbourg. 1832.

FOVILLE Achille, père). — Dictionnaire de médecine et chirurgie pratique. Paris, 1829. Tom. I, 521.

FOVILLE (A.). — Annales médico-psychologiques. Mai 1881.

ACH. FOVILLE (fils). — Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique, vol. 15, p. 225. Paris, 1878.

FRIGERIO. — La psicosi da causa traumatica. L'anomalo, 1892.

GALENUS. — Editione 1625. Venetiis. Vol. III.

GALL. — Sur les fonctions du cerveau. 6 vol. Paris, 1822.

GAMA. — Traité de plaies de tête. Paris, 1835.

GEORGES. — De la folie. Paris, 1820.

GIRARD. — The Alienist and neurologist 1893 (avril) Trauma tic insanity.

GRIESINGER. — Die Pathologie und therapie der psychischen Krankhisten, Stuttgart, 1845.

GUDDEN. — Archiv. fur psychiatrie, 1894, p. 430.

GUDER. — Die Geitestörungen nach. Kapfverletzungen. Iéna, 1886.

GUDER. — Die geistigen Entwickelungs hemmungen nach-Kopfverletzungen. Zeitschrift für Idiotenwesen.

GUISLAIN. — Leçons orales sur les Phrénopathies. Paris, Gand et Bonn. 1852.

HASLUND. — Communication écrite à MM. Morel-Lavallée et Bélières. Copenhague, 27 janv., 1888.

HEDINGER. — Ueber die Knochenverletzungen der Neu geborenen. Leipzig, 1833.

HAUGBERG. — Fortschritte der médecin, 1893, n° 3.

[redacted]



HARTMANN. — Archiv. für Psychiatrie BXV, page 98 (1884).

HASLAM. — Observations on Madnes and Melancholie. 2° édition. London, 1809.

HAY. — American Lancet, decbr., 1889.

HIPPOCRATE. — Œuvres complètes. Traduction par Littré. Paris, 1841.

— Pronostic de Cos par Merey. Paris, 1885.

HERTZ. — Lésions du crâne. Annales méd. psychol, 1877, p. 137.

HOLM. — Den specielle psychiatrie. Christiania, 1895.

HUGUENIN.— Archiv. für Psychiatrie. B XI. S. 673 (1881).

HUGUENIN. — Zimsens Handbuch, XI, I, 753.

HYSLOP. — Journal of Mental Science, 1890, p. 494.

IRELAND. — On idiocy especially in its physical aspects. London, 1889.

JACOBSON. — Traumatiske psychoser. Nordisk med. archiv, 1893, n° 13.

JENSEN (Julius). — Archiv. für Psychiatrie, 1889, p. 269.

JONNÈS (Moreau des). — Statistiques des causes de l'aliénation mentale de France. Paris, 1843.

JOUSLAIN. — Des enfoncements et fracture du crâne produits chez les nouveau-nés pendant l'accouchement. Thèse de Paris, 1865.

JESPERSEN. — Skyldes den alm. fremskridend e parese syphilis? Copenhague, 1874. La syph. est-elle la cause de la par. générale.

KAES. — Allg. Zeitschrift für Psychiatrie, 1893, p. 604.

KAHLBAUM. — Deutsche med. Wochenschrift, 1876, n° 23 (Hecker).

KELLOGG. — Reference Handbook of the Medical Science vol IV. Insanity.

KIERNAN. — Journal of mental et nervons diseases, 1880, page 445.

KIELLBERG. — Lettre à Morel-Lavallée, 1887.

— Upsala Universitets arsskrift, 1863. Ups. läkarefor forhandl, 1868.

KORSAKOFF. — Course de Psychiatri. Moscou. 1893.

KNIGHT. — Observations on the causes, symptomes and treatment of derangement of the mind. London, 1847.

KRAFFT-EBING. — Ueber die durche Gehirnerschütterungen und Kopfver letzungen hervorgerufenen psychischen Krankheiten. Erlangen, 1868.

— Archiv. für Psychiatri, 1877, page 182.

— Psychopathia sexualis. Stuttgart, 1893.

KOLK, SCHROEDER VAN DER. — Geisteskrankheiten. Braumchweiz, 1863.

KUNDT. — Allg. Zeitsch. für Psychiatri, 1894, p. 258.

KOPPE. — Kapfverletzungen als periphere Ursachen reflectir ten Psychosen. Deutsche Archiv. f. Klin. Medicin, 1894.

LAFITTE. — Annales médico-psychologiques., sept., 1881.

LARREY. — Etudes sur les effets consécutifs des plaies de tête. Paris, 1834.

LASÈGUE. — Délires par accès. Congrès international de médecine, 1878. Imprim. nationale, 1880, p. 227.

— Les cérébraux. Etudes médicales. Paris, 1884, t. I, page 567.

LÆHR. — Allg. Zeitschrift für Psychiatrie, 1883.

LEFEBVRE. — La folie paralytique. Bruxelles, 1874.

LEBRETON. — Du céphalematom. Thèse de Paris, 1869.

LEEGAARD. — Forelœsninger over sindssygdomme.
Christiania, 1895 (Leçons sur les maladies mentales).

LEGRAIN. — Traumatisme cérébral. Annal. med. psychol, 1893, p. 515.

[redacted]



LANGE. — De vigtigste sindssygdomsgrupper. Copenhague, 1894. Les différents groupes des maladies mentales.

LEEBMANN. — Allg. Zeitschrift für Psychiatrie, 1893.

LIEUTAUD. — Précis de la médecine pratique. 2 vol. Paris, 1765.

LOMBROSO. — L'homme criminel. Paris, 1887.

LUNIER. — Recherches sur la paralysie générale progressive. Thèse de Paris, 1849.

— Annales méd. psychologiques 1849. Tome I, page 21.

LUYS. — Maladies mentales. Paris, 1881.

LYON. — Hystérie consécutive aux traumatismes graves. Encéphale, 1888.

MALCALESTER. — New Yourk med. Journal 27 jan. 24 fév. 1894.

MARC. — De la folie considérée dans ses rapports avec les questions médico-judiciaires. 2 vol. Paris, 1840.

MAJOR. — Données statistiques anglaises. Annal. méd., psych., 1885.

MARBILLE. — Par. générale d'origine traumatique. Annal. med. psych., 1885, 408.

MATTHEY. — Recherches sur les maladies de l'esprit. Genève et Paris, 1816.

MICKLE. — Brain, 1892. Page 76, the traumatic factor in mental disease.

— Journal ofmental Science (reféré dans l'encéphale, 1884, page 254.

MITCHELL. — Transactions of the obstritical society). London, 1862.

MŒLI. — Ueber psychische Störungen nach. Eisenbahnun fällen. Berliner Klin. Wochenschrifft., 1881, n° 6.

MARCÉ. — Traité des maladies mentales. Paris, 1862.

MAUDSLEY. — La pathologie de l'esprit. Traduit par Germont. Paris, 1883.

MAGNAN. — Leçons cliniques sur les maladies mentales. Paris, 1893.

MAGNAN et SÉRIEUX. — La paralysie générale. Paris, (Massond).

MENDEL. — Dementia paralytica. Eulenburg. Real. Encyclopœdie, II, aufl., 1886.

MOREL. — Traité des maladies mentales. Paris. 1860.

NEVILLE. — On insanity, its nature, causes and cure. London, 1836.

OBEKE. — Zur Ætiologie der allg. fortsch. paralyse. All. Zeitsch. f. Psychiatrie, 1893.

OPPENHEIM. — Archiv. f. psychiatrie, 1885, 656.

PARIS. — Par. générale après insolation. Annales médico-psychol. nov. 1884.

PARCHAPPE. — Statistique sur les causes de l'aliénation mentale. Paris, 1839.

— Traité de la folie, 1841.

PINEL. — Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale. Seconde édition. Paris, 1809.

PEREIRA. — Annales méd. psychol. Tome VII, page 313. (Abcès après une chute).

PONTOPPIDAN. — Psychiatriske forelœninger og studier, Copenhague, 1891-1893. Etudes et leçons psychiatriques.

— Ugeskrift for retsvœsen, 1893, n° 132.

PRICHARD. — Treatise of Insanity. London.

RÉGIS. — Manuel pratique de médecine mentale. Paris, 1885.

— Un cas de par. gén. à l'âge de 17 ans. Encéphale, 1885.

— Analyse de la thèse du Dr Vallon. Encéphale, 1883.

Photomount



REQUIN. — Annales méd. psychologiques, 1849. Tome II, 88.

RIBAUX. — Etiologie des psychoses. Thèse de Bâle, 1887.

Reports of the commissioners in Lunacy, 37 th., 38 th., 39 th. Journal of mental science, janv. 1884-1885-1886.

RITTI. — Étiologie de par. gén. Gaz. hebdom. de médecine, 1887.

ROUILLARD. — Amnésie traumatique. Thèse de Paris, 1885.

ROUIN. — Chute sur la tête puis par. générale.

ROHMELL. — Congrès de Copenhague, 1884.

SANDBERG. — Generalberetninger fra Gaustard asyl., 1856-1871. Comptes-rendus généraux de l'asile de Ganstad.

SAUVAGE. — Nosologia méthodica, 2 vol. Paris, 1768.

SAUTLUS. — Ueber die psychischen Folgen der Kapfverletzungen. Neuwied, 1865.

SCHAFFER. — Allg. Zeitschrift für Psychiatrie. B. LI, 4, 1895.

SCHLAGER.— Die in Folge von Kapfverletzungen sich entiwickelnden, Geistesstörungen. Zeitschrift der Aertzte zu Wien., 1857, VII.

SCHNEIDER. — Die Kopfverletzungen in medicinisch-gerichtlicher Hinsicht. Stuttgart, 1848.

SCHULLER. — Psychosen nach Kapfverletzungen. Leipzig, 1882.

SCHULE. — Handbuch der Geisteskrankheiten. Leipzig, 1878.

SEGLAS. — Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses. Paris, 1895.

SIMAN. — Gehirnerweichung der Irren. Hamburg, 1871.

SKAE (Francis). — On insanity caused by injuries to the head and by Sunstroke. Edinbourgh. Medical. Journal, 1866, p. 679.

— Report of the Morningside Asylum, 1867.

SKAE (Holland). — Journal of mental science, janv. 1874.

SKAE (David). — The Morisanian lectures on insanity, p. 200.

SPURZHEIM. — Observation sur la folie. Paris, Strasbourg. Londres, 1818.

Statistique des hospices d'aliénés de la Norwège, 1874-1893.

Statistique officielle de la Suède, 1878-1893.

TERRIEN. — Annales méd. psychol., janv. 1888 ; traumatisme, épilepsie et par. gén.

TELLIER. — Des suites éloignées des traumatismes du crâne.

THOMSEN. — Allg. Zeitschrift für Psychiatrie, B. LI, 4, 1895.

TOULOUSE. — Causes de la folie. Paris, 1894.

TUKE (Hack). — Dictionary of psychological medicine. London, 1892.

TRÉLAT. — Recherches historiques sur la folie. Paris, 1839.

— Etiologie de la folie. Annales méd. psychol., 1856.

VALLON. — De la par. générale et du traumatisme. Thèse de Paris, 1882.

VIBERT. — Sur les accidents de chemin de fer. Paris, 1888.

VOISIN (A.). — Leçons cliniques sur les maladies mentales. Paris, 1876.

VOISIN (F.). — De causes morales physiques, de maladies mentales. Paris, 1826.

VOISIN (J.). — L'idiotie. Paris, 1893.

WAGNER. — Wiener Jahrbücher für Psychiatrie, B. VIII, 1 et 2.

Wels. — Ueber Characterveranderungen des Menschen in Folge von Læsionen des Stirnhirns. Deutsche Arch. für Clin. méd. B. 42, n 4.

WILLE. — Archiv. für psychiatri, B. VIII. Pag. 289 (1878).

Photomount



WINKLER et BALLAAN. — Weakblaad van het nederl. gén., 1888.

WALLENBERG.— Archiv. für psychiatrie. B XXVI, 472.

WULFF. — Die geistigen Entwickelungs hemmungen durch Schädigung des Kopfes. Allg. Zeitsch. für psychiatrie, 1893.

ZELLER. — Alleg. Zeitschrift für psychiatrie, B. I, page 49 (1844).

H. Jouve, imp. de la Faculté de médecine, 15, rue Racine, Paris.


Photomount


Photomount

LANE MEDICAL LIBRARY

To avoid fine, this book should be returned on
or before the date last stamped below.

rue Racine, Paris.


Photomount
Pamphlet
Binder
Gaylord Bros.
Makers
Stockton, Calif.
PAT. JAN. 21, 1908
L361 Bechholm, C.J. 64778
B39 ...Maladies mentales
1896 d'origine traumatique.
NAME
DATE DUE

